ROCZNIK
TOWARZYSTWA GINEKOLOGICZNEGO
KRAKOWSKIEGO.

Zeszyt III.

za rok 1892.

(Z jednym drzeworytem.)

TREŚĆ:

Odczyty. Str.

Przedstawienia chorych.

Przedstawienie preparatów anatomicznych.

Przedstawienie okazów naukowych.

KRAKÓW,
Nakładem Towarzystwa ginekologicznego krakowskiego.

Drukarnia Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.
1893.

ROCZNIK
TOWARZYSTWA GINEKOLOGICZNEGO
KRAKOWSKIEGO.
Zeszyt III.
za rok 1892.

(Z jednym drzeworytem.)

TREŚĆ:

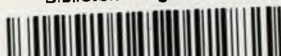
KRAKÓW,

Nakładem Towarzystwa ginekologicznego krakowskiego.

Drukarnia Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

1893.




Biblioteka Jagiellońska

I. Posiedzenie z dnia 27 stycznia 1892 r.

Przewodniczący Prof. Dr. Madurowicz. Obecnych członków 9.

Porządek dzienny:

1) Po odczytaniu protokółu z ostatniego posiedzenia zaznaczył kol. Przewodniczący, że z dniem obecnym rozpoczyna Towarzystwo ginekologiczne trzeci rok istnienia, co świadczy o żywotności Towarzystwa i zachęca, by członkowie postępowali dalej w obranym kierunku, mając na oku zasadę: „*paulatim summa petuntur*".

2) Następnie zdawali sprawozdanie z ubiegłego roku członkowie Wydziału według statutu, a mianowicie:

Kol. Kohn jako podskarbi wykazuje stan majątkowy Towarzystwa.

Na wniosek kol. Obalińskiego uchwaliło Towarzystwo składać zebrane wkładki na książeczkę do kasy Oszczędności.

Kol. Mars jako sekretarz administracyjny Towarzystwa zawiadamia, że na ostatnim zjeździe lekarzy i przyrodników w Krakowie rozdał między uczestników sekcyi ginekologicznej sprawozdanie Towarzystwa za rok 1890, wskutek czego zgłosiło się kilku kolegów do Towarzystwa na członków korespondentów. Towarzystwo uchwala, by przy rozsyłaniu sprawozdań przypomnieć członkom składanie wkładek.

Kol. Braun jako sekretarz naukowy, zaznaczył, że w ciągu roku 1891 odbyło Towarzystwo 8 posiedzeń zwyczajnych, z których 7 było naukowych a jedno administracyjne i odczytuje tytuły odczytów i demonstracyi.

3) Następnie przystąpiono do wyboru wydziału, który bez zmiany w tym samym składzie na rok następny wybrano.

4) Kolega Przewodniczący przedstawia na czynnego członka Towarzystwa Doc. Dra A. Bossowskiego.

5) Na wniosek kol. Marsa Towarzystwo postanawia, by na próbę zaprosić stenografa na posiedzenie, aby odczyty i dyskusye mogły być według stenogramu w protokołach z posiedzeń umieszczone: przezcoby zyskały roczne sprawozdania na znaczeniu, a dla członków korespondentów nastręczyłaby się lepsza sposobność śledzenia żywotności i czynności Towarzystwa.

6) Kol. Mars stawia wniosek, aby zaprosić jako stałych gości Tow. kolegów Profesorów Dra T. Browicza i N. Cybulskiego, z których pierwszy jako anatom patologiczny, a drugi jako fizyolog byliby bardzo pożądanymi dla Towarzystwa, gdyby bywając na posiedzeniach zabierali głos w dyskusyach naukowych. Towarzystwo przyjmuje wniosek kol. Marsa w zasadzie, nad którym głosowanie odbędzie się na następnem posiedzeniu.

7) Kol. Cercha przedstawił chorą, u której z powodu osteomalacyi wykonano w klinice ginekologicznej wycięcie jajników, dodając przy tej sposobności, że chora nie mogła wcale się poruszać z powodu bólów w miednicy a obecnie w 3 miesiące po operacyi nie tylko bóle znikły ale i kości stwardniały.

Ten przypadek jak i 3 inne obserwowane w klinice krakowskiej usprawiedliwiać się zdają teoryę Fehlinga, który nazywa osteomalacyę trophoneurozą wyszłą z jajnika, a usadawiającą się w kościach. Wreszcie nadmienia, że Dr. Neusser w Wiedniu znalazł w krwi osteomalacyą dotkniętych ciałka eozynowe podobnie jak w bielicy, cukrzycy i t. p.

Kol. Przewodniczący tłomaczy, dlaczego w przypadkach osteomalacyi u ciężarnych robi nie jak pierwszy K. Braun *sectio caesarea* metodą Porry, lecz Saengera, z dodaniem kastracyi; bo ta metoda zdaje mu się być wystarczającą a łatwą do wykonania, przyczem zachęca badać krew chorych dotkniętych rozmiękczeniem kości przed i po kastracyi na ciałka eozynowe.

Kol. Braun wspomina, że jedna z 2-ch chorych, na których dokonano cięcia cesarskiego według Saengera z dodaniem kastracyi ma się bardzo dobrze, jak Dr. Kramarzyński donosi, bo nietylko straciła bóle, ale i kości o tyle uległy stwardnieniu, że może swobodnie o własnej sile chodzić.

II. Posiedzenie z dnia 24 lutego 1892 r.

Przewodniczący Prof. Madurowicz. Obecnych członków 9, jako goście Dr. Ignacy Porębowicz i Dr. Switalski.

Porządek dzienny:

1) Odczytanie protokółu.

2) Kol. Bossowski zostaje jednogłośnie przyjęty na członka Towarzystwa.

3) Kol. Przewodniczący i Cercha przedstawiają na członka czynnego Towarzystwa Dra Ludwika Switalskiego asystenta elewa kliniki położniczej.

4) Na wniosek kol. Marsa uchwala Towarzystwo, by rycina z miednicy przedstawionej przez Pana Zolla, słuchacza medycyny, była umieszczona w tekscie w sprawozdaniu za rok 1891 a koszta mają ponieść Pan Zoll i Kasa Towarzystwa po połowie.

5) W myśl przyjętej propozycyi kol. Marsa Towarzystwo uchwala i poleca zaprosić na stałych gości Prof. Browicza i Cybulskiego.

6) Kol. Prof. Jordan miał odczyt pod tytułem:

„Uwagi nad postępowaniem lekarza w przypadkach łożyska przodującego“:

Pan Sekretarz wezwał mnie do czynniejszego udziału w pracach Towarzystwa, czemu czynię niniejszem zadość. Oczywiście lekarzowi *par excellence* praktycznemu, któremu nie sprzyjały okoliczności, iżby stworzył sobie pracownię i niemającemu materyału ciągłego i stałego, dość jest trudno przypadki z praktyki prywatnej gruntownie omawiać. Dlatego obrałem sobie jako przedmiot to, co może Panów wszystkich zająć, t. j. o postępowaniu przy łożysku przodującem. Sądzę, że temat ten nadaje się do dyskusyi z dwóch powodów: 1) jestto zboczenie pod względem położniczym najcięższe dla kobiety, gdyż, jak wiadomo, niektórzy autorowie obliczają śmiertelność na 30% a nawet i więcej, i tylko w podręczniku Rungego znalazłem wyjątkowo niską cyfrę 6%. Spiegelberg dawniej, a inni obliczają jeszcze dzisiaj, gdzie metoda postępowania jest znakomicie ulepszona, śmiertelność matek na 16—17% a dzieci nawet na 60%. Drugiego zbo-

czenia w okresie płodzenia z równie wielkim procentem śmiertelności według mego zdania nie ma.

Druga przyczyna jest, że pod względem leczenia jest wiele kwestyj, co do których panowie akuszerowie nie zupełnie się zgodzili.

Ten materyał, jaki mam zebrany i zanotowany wystarcza mi najzupełniej do uwag następujących.

Przypadki *placenta praevia* rozdzielam, nie jak dawniej na *lateralis* i *centralis*, ale na *marginalis*, *partialis* i *centralis*. *Placenta praevia marginalis* nazywam łożysko wówczas, gdy włożywszy palec do ujścia rozwartego mniej więcej na 1—1½ cala, czuje się tylko od jednej strony łożysko, nie zajmujące jednak połowy przestrzeni, jaką można palcem okolić. *Placenta praevia partialis* stwierdzam, jeżeli łożysko tak poprzedza, że prawie całe pole badania zajmuje, z jednej jednak strony brzeg jego palcem badającym wyczuć się daje. Jeżeli zaś brzegu do około jednym palcem badając wyczuć nie mogę, mówię o *plac. pr. centralis.* Taki podział jest konieczny dla porozumienia się co do leczenia.

Przypadków wszystkich, przy których byłem sam albo jako wezwany do narady tak *placenta praevia centralis*, *partialis*, jak i *marginalis* mam zanotowanych 31; pomiędzy temi przypadkami z zejściem śmiertelnem 5 i to: 2 z krwotoku, a 3 z zakażenia połogowego, co czyni procent śmiertelności matek 17%; co do dzieci nie mogę bliższych dat podać, gdyż nie mam ich zanotowanych.

Główny chorobowy objaw, który wymaga naszej pomocy, jest krwotok. Zdarza się on w ciąży mianowicie w ostatnich miesiącach. Autorowie różnią się co do postępowania w tym okresie. Runge zaleca podczas krwotoku wstrzykiwania gorące lub zimne obok spokoju. To mnie skłania, że tę kwestyę tutaj poruszam, bo nie jest to postępowanie, któregobym się trzymał w praktyce. Wiadomo, że przy *placenta praevia* krwawi kobieta z powodu, że dolny odcinek macicy, w którym właśnie umieszczone jest łożysko, zaczyna się coraz bardziej rozszerzać, przez co ulegają roz-

darciu naczynia łożyskowe. Wobec tego okładów zimnych i wstrzykiwań nie rozumię, boć one przecie trzon macicy do skurczenia pobudzają i przyczyniają się do tem większego rozszerzenia szyi. Ordynacyę taką tłomaczy tylko ta okoliczność, iż Runge jest wielkim zwolennikiem postępowania pospiesznego, doraźnego, a nie wyczekiwania, a to z obawy, aby kobieta nie straciła wiele krwi przed i podczas porodu, by miała jej zapas na przetrwanie ewentualnego krwotoku po porodzie; a zresztą Runge widocznie nie wiele zwraca uwagi na życie płodu, wobec znanej wielkiej jego śmiertelności, wydarzającej się przy tem zboczeniu. Stanowisko to jest jednak zdaniem mojem niesłuszne, albowiem każdemu z nas wiadomo, że nie raz przetrwa niewiasta kilka silnych krwotoków podczas ciąży i podczas porodu i przecież ostatecznie wychodzi z nich zdrowa i rodzi dziecko żywe. Dlaczegóż więc z góry rezygnować z życia dziecka? A że się to życie poświęca, przerywając ciążę szybkiem działaniem zaraz przy pierwszym krwotoku, więc n. p. w 7 miesiącu, to oczywiste, boć przecież i bez tego zboczenia z płodów takiego rozwoju większość zmiera wkrótce po porodzie. Nie godzę się przeto z leczeniem zaleconem przez Rungego, i nadal tak jak dotychczas obok spokoju ciała tylko opium, środki podniecające, dobre odżywianie zalecać będę, — a do działania energicznego przystąpię dopiero natenczas, skoro objawy silniejszej niedokrewności nie dozwolą mi już dłużej czekać, lub też regularnie powtarzające się bóle przekonają mnie, że dobrowolna czynność porodowa już się rozpoczęła, a wreszcie skoro drogę porodową miękką znajdę tak już rozpulchnioną, iż mogę się spodziewać, że danie (stanowczej) ostatecznej pomocy rodzącej, t. j. wykonanie obrotu płodu jest możliwem bez nadzwyczajnych trudności.

Największe krwotoki przydarzają się, jak Panom wiadomo, podczas pierwszego okresu porodowego. Co w tym okresie czynić wypada? Dawniej zakładano do pochwy kolpeurynter i trzymano go tak długo, dopóki się ujście na szerokość 2—3 cali nie rozszerzyło. Autorowie nowsi niechętnie zalecają kolpeurynter i tampony z waty z obawy zakażenia chorej i radzą przy-

stąpić do obrotu płodu, choćby ujście macicy i szyja nie były więcej jak na szerokość jednego palca rozwarte. Według mego doświadczenia tamponowanie i wyczekiwanie znaczniejszego rozszerzenia ujścia jest w wielu przypadkach niepotrzebne, sam mam zanotowanych 12 przypadków *placenta pr. totalis* i *lateralis* wyższego stopnia, w których bez poprzedniego tamponowania odrazu do obrotu przystąpić mogłem i takowy szczęśliwie wykonałem. Bo też istotnie nadzwyczajną jest miękkość, podatność brzegów szyi macicznej mianowicie przy *plac. praev. centralis*. Nie raz znalazłem ujście nie wiele więcej jak na 1 cal rozwarte, a mimo to udawalo mi się powoli i stopniowo palcami rozszerzyć ujście, tak iż wreszcie wprowadziłem rękę całą do macicy celem wykonania obrotu. Doświadczyłem tego nieraz, mianowicie w pierwszych latach mojej praktyki, kiedy zwykle w ten sposób operowałem. Miałem jednak i wręcz przeciwne zdarzenia, i kilka razy mi się wydarzyło, że się ujście dostatecznie rozszerzyć nie dawało i rozpoczętą zawcześnie operacyę przerwać musiałem. Obyć się bez tamponowania w wielu przypadkach nie możemy; chcąc nie chcąc musimy niekiedy uciec się do tego środka, który jedynie w wielu przypadkach dozwala wyczekiwać spokojnie tej chwili, w której wykonanie obrotu płodu staje się możliwem. Nieprzyjemnem jest atoli to, że kolpeurynter niekiedy zawodzi i użycie jego staje się niemożliwem. U kobiet n. p., które wiele od- były porodów, pochwę mają bardzo szeroką a dno miednicy wiotkie, mimo założenia kolpeurynteru krwotok niekiedy trwa dalej, bo balon nie dość szczelnie przylega do sklepień i ścian pochwy, i rozdęcie go *ad maximum* sprowadza tak wielkie dolegliwości, iż długo w pochwie pozostawić go nie można. Każdy z Panów wie zapewne z doświadczenia, jak przykre i uporczywe występują niekiedy wymioty przy szczelnem wytkaniu pochwy i że nie ustają, aż się tampony usunie. Przydarza się też, że kobieta przy założeniu kolpeurynteru prze tak gwałtownie, iż wreszcie wypycha balon, zanim ujście dostatecznie się rozszerzyło, mianowicie skoro szpara sromowa wskutek przedartego śródkrocza bardzo jest

szeroka. W dwóch takich przypadkach mimo natychmiastowego założenia opaski na okolicę sromu, udało mi się jedynie przez ciągły ucisk ręką przytrzymać w pochwie balon dopokąd się ujście nie rozszcrzyło dostatecznie. Jak długo tamponować? na to pytanie trudno ogólnie odpowiedzieć, lekarz bowiem wprawny i zręczny rzadziej w ogóle potrzebuje zakładać tampon i króciej przytrzymywać go w pochwie pacyentki, niż mniej wprawny początkujący; pierwszy może śmiało przystąpić do wykonania obrotu metodą Braxtona-Hicksa, skoro tylko ujście dwa palce przypuszcza, podczas gdy mniej wprawnemu tegobym nie doradzał, lecz raczejby przy pomocy tamponu wyczekiwał tak długo, dopokąd się ujście na dobre $2\frac{1}{2}$ cala nie rozszerzy, iżby w razie nieudania się obrotu metodą Braxtona-Hicksa rękę całą do macicy mógł wprowadzić. Co się tyczy sposobu tamponowania, to używałem często kolpeuryntern, a nieraz z dobrym skutkiem gazy jodoformowej, a po za nią waty oczyszczonej; przed kilku tygodniami w jednym przypadku *pl. pr. lateralis* u pierwiastki użyłem do tamponu penghavaru djambi, w gazie jodoformowej owiniętego, chora straciła krwi nie wiele, a ujście rozszerzyło się w niespełna 10 godzin.

Że ucisk wywierany przez kolpeurynter na dolny odcinek macicy wzmacnia czynność porodową i przyspiesza rozszerzenie się szyi oraz ujścia zewnętrznego, o tem wiadomo każdemu; a przecież przypominam sobie jeden przypadek, w którym pod tym względem kolpeurynter zupełnie nie dopisał. Było to u pacyentki (p. R.) będącej w 8 miesiącu księżycowym 2-ej ciąży, u której z powodu znacznego a po kilkakroć powtarzającego się krwotoku z powodu *pl. pr. lateralis* — balon Brauna założyć musiałem. Kiedy do tej czynności przystępowałem był już przewód szyi, na 2—3 ctm. długi, rozwarty o tyle, iż palec jeden acz z trudnością, przecież przeprowadzić mogłem; koniec palca wyczuwał brzeg łożyska od strony prawej, płód leżał w położeniu miednicowem 2-giem, bóle porodowe były dość częste i bolesne. Przez przeszło 24 godzin z niezbędnemi przerwami, wśród których krew obficie sączyła, leżał kolpeurynter, ujście

jednak o niepodatnych brzegach i przewód szyi macicy nie rozszerzały się wcale, mimo częstych a bardzo dla chorej dolegliwych bólów porodowych. Pacyentkę tę zna kol. Mars, który przy następnym porodzie z powodu takiej samej niepodatności brzegów ujścia, niemało miał z nią kłopotu. Bądź z powodu znacznej utraty krwi, bądź z powodu ucisku przez kolpenrynter i częstych badań przy zmianie balonu, a nie mniej z powodu częstych i dolegliwych bólów, popadła wreszcie pacyentka w stan tak znacznego rozdrażnienia i osłabienia, że rzeczywiście byłem w kłopocie jak tutaj postępować, tem bardziej, iż przy tak mało rozszerzonem, a niepodatnem ujściu i położeniu płodu pośladkowem 2-em, błon płodowych przebijać nie chciałem; nie miałem też nadziei, by w takich warunkach nóżkę płodu ściągnąć mi się udało. Słusznie mówią, że potrzeba jest matką wynalazku. Przekonawszy się, iż moje baloniki Tarniera zeschły się i popękały, wpadłem na myśl użycia kondoma do rozszerzenia dolnej części szyi i ujścia zewnętrznego macicy. Wypróbowawszy go co do wytrwałości i zdesinfekcyonowawszy kondom, utwierdziłem go na końcu angielskiego twardego cewnika za pomocą mocnej jedwabnej nitki i powoli przesunąłem go przez ujście do jamy macicy. Prawie dwie całe strzykawki do ran (*Wundspritze*) wody udało się do kondoma w macicy leżącego wprowadzić, — poczem wkrótce wystąpiły bardzo silne bóle porodowe; mniej więcej w pół godziny po tym zabiegu, przy którym był mi pomocny kol. Wilkosz — macica wypchała kondom, a ujście rozszerzyło się tak, i z łatwością mogłem wprowadzić dwa palce do jamy macicy i przebiwszy pęcherz płodowy ściągnąć jednę nóżkę do pochwy. Dziecko urodziło się żywe; matka w połogu nie gorączkowała. Działo się to w lecie roku 1886, zdaje mi się przeto — o ile znam literaturę — że byłem pierwszy, który użył kondomu w celu wyżej określonym.

Z porządku rzeczy przechodzę do kwestyi przebicia pęcherza płodowego. Że w wielu przypadkach łożyska przodującego po wykonaniu tego drobnego zabiegu krwotok ustaje, zaprzeczyć się nie da, omyliłby się jednak ten, któ-

ryby na podobny efekt liczył w każdym przypadku, w którym palec badający dochodzi do brzegu łożyska, a więc do błon płodowych. Przebicie pęcherza bowiem usuwa krwotok przy łożysku częściowo przodującem tylko natenczas, skoro część płodu przodująca po odpływie wód szybko w przewodzie miednicy się obniża i powierzchnię krwawiącą uciska. Należy przeto przed wykonaniem tego zabiegu rozważyć czy są warunki po temu lub nie. Mam zanotowane dwa przypadki, w których mimo przebicia pęcherza płodowego niewiasta krwawiła dalej, raz przy położeniu płodu czaszkowem obok miernego ścieśnienia miednicy, bo w obu przypadkach części ciała płodu przodujące po odpływie wód nie obniżyły się dostatecznie. W pierwszym przypadku musiałem nóżkę ściągnąć, aby krwawienie powstrzymać, w drugim ponownie kolpenrynter założyć. Słusznie więc przestrzegają autorowie przed przebiciem pęcherza płodowego przy łożysku częściowo przodującem w położeniu płodu miednicowem, — a ja dodaję i przy miednicy ścieśnionej, choćby położenie płodu zupełnie było prawidłowe. Na dobry skutek zabiegu tego, liczyć można tylko przy *pl. pr. marginalis*, skoro zresztą tak ze strony płodu jako też miednicy stosunki są prawidłowe, — mniej pewnym bywa on przy *plac. praev. partialis,* skoro płat łożyska znaczną przestrzeń powierzchni ujścia pokrywa, bo utrudnia on obniżania się części płodu przodującej w miednicy i krwotok trwa dalej. W każdym razie radzę nie spieszyć się z przebiciem pęcherza płodowego, lecz czekać dopokąd ujście nie rozszerzy się na tyle, że w razie potrzeby wykonanie innego następowego rękoczynu jest możliwem.

A teraz kilka słów o obrocie płodu na nóżkę przy łożysku zupełnie przodującem. Że po wykonaniu zabiegu tego i ściągnięciu nóżki aż po kolanka przed szparę sromową, krwotok ustaje, bo pośladki i tułów płodu uciskają powierzchnię szyi macicznej, krwawiącą, — o tem każdemu wiadomo. Całkiem więc naturalnie, że każdy położnik, asystujący przy takim porodzie, pragnie jak najrychlej rękoczyn ten wykonać, i słusznie metoda Braxtona-Hicksa co raz pow-

szechniejsze znajduje zastosowanie. Jednak wykonanie obrotu według tej metody nie zawsze jest łatwe a nawet możliwe; zwracam uwagę, iż niekiedy i mimo bardzo starannego badania ustawienia płodu rozpoznać na pewne nie można, że niekiedy ruchomość jego tak jest małą, iż ściągnięcie nóżki ujętej tylko w dwa palce jest niemożliwem, i że wreszcie dwoma palcami wprowadzonemi do macicy w pewnym kierunku, czasem brzegu łożyska dosięgnąć nie można. Wszystkie te okoliczności mogą wykonanie obrotu tą metodą znacznie utrudnić, a niekiedy wprost uniemożliwić, chyba że lekarz bez wielkich ceremonij przedziera łożysko i w ten sposób najkrótszą drogą doprowadza swe palce do nóżek płodu. Że przy takiem postępowaniu, zalecanem przez niektórych autorów, życie dziecka ginie, łatwo zrozumieć, bo do jednego niebezpieczeństwa, t. j. grążącego omdlenia przyłącza się drugie, t. j. utrata krwi własnej płodu. Raz jeden, będąc wielką niedokrewnością matki zmuszonym szybko ukończyć poród, a nie mogąc błon płodowych dosięgnąć palcami, postąpiłem w ten sposób; płód wydobyłem nieżywy. Najwyżej jeszcze udaje się palce wprowadzić, posuwając je po przodkowej ścianie macicy, przyczem rodzącą na bok ułożyć potrzeba. Dwa razy operowałem w ten przez Zweifla podany sposób i zalecam go jako bardzo praktyczny. Ostatecznie zdanie moje co do wyboru metody operowania i czasu, kiedy do niej przystąpić jest następujące: lekarz niewiele wprawy mający, powinien, o ile stan chorej zezwala, nie przystępować do obrotu, dopóki się ujście macicy tak dalece nie rozszerzy (a względnie brzegi jego nie staną się na tyle podatne), by w konieczności mógł do macicy rękę całą wprowadzić; natenczas niech próbuje operować metodą Braxtona-Hiksa, a gdy mu się to nie udaje, niech wprowadza rękę całą do macicy; lekarz wiele wprawy mający, nie potrzebuje czekać tak długo i może przystąpić do operacyi przy ujściu macicznem na 2 palce rozwartem — szczególnie, skoro badaniem zewnętrznem ułożenie nóżek płodu i jego ruchomość stwierdził; ułatwi mu operacyę ułożenie pacyentki na bok.

O odklejaniu łożyska od ściany macicy przy posuwaniu palców — względnie ręki całej — do brzegu łożyska, nic szczególnego nie mam do nadmienienia, chyba uwagę, iż wzgląd na życie dziecka nakazuje odklejać łożysko tylko o tyle, o ile konieczne, aby ręka dalej posuwać się mogła. W tem miejscu jednak uważam za stósowne, dla przestrogi napomknąć o zdarzeniu, jakie mi się podczas wprowadzenia ręki i odklejania łożyska w jednym przypadku *plac. praev. totalis* u pani K. G. przydarzyło. Operowałem ręką lewą, którą wzdłuż prawej ściany macicy, między nią a łożyskiem,



co raz wyżej posuwałem. Jak zwykle, odklejałem od macicy łożysko końcami palców, zwróconemi ku powierzchni łożyska; udawało mi się to łatwo, aż wreszcie w miejscu oddalonem od brzegu ujścia zewnętrznego macicy mniej więcej na długość całej mojej ręki, końce mych palców napotkały na opór niezwykły. W pierwszej chwili sądziłem, że natrafiłem na silny zrost łożyska ze ścianą macicy, który końcami

mych paznogci przerwać usiłowałem — jest znacznie i jednostajnie zbita, co takim zrostom nie odpowiada. Zacząłem końcami mych palców do około dotykać i przekonałem się, że leżały one w zaułku utworzonym przez górną część bardzo wiotkiego dolnego odcinka macicy, wysuniętego mojemi palcami ku górze po za bardzo mocno ściągnięty brzeg pierścienia skurczowego, a łożysko przylegało dalej powyżej tego pierścienia do ściany trzonu macicy. Dołączona rycina na str. 11 objaśnia najlepiej te stosunki, a tu dodam jeszcze, że wypuklenie takie powstać mogło jedynie wskutek ogromnego niestosunku, jaki w tym przypadku zachodził pod względem zbitości między górną częścią dolnego odcinka macicy z okolicą pierścienia skurczowego bardzo silnie ściągniętego.

A teraz dalsze pytanie: jak postępować po dokonanym obrocie płodu, czy go wydobywać lub też jego wydalenie siłom natury pozostawić? W najnowszym podręczniku Rungego znajduję rozstrzelonemi czcionkami wydrukowaną przestrogę: nigdy nie wyciągać! chyba tyle, ile dla zatamowania krwotoku konieczne". Autora tego skłania do tej przestrogi obawa przed naddarciem szyi macicznej, które łatwo powstaje w skutek szybkiej extrakcyi płodu, a sprowadza po porodzie krwotok nierzadko śmiertelny. Kwestya ta nie jest obojętną i ze względu na życie płodu, bo łatwo zrozumieć, iż większe niebezpieczeństwo uduszenia zagraża płodowi przy postępowaniu wyczekującem niż przy szybko, tuż po obrocie wykonanej extrakcyi; wszak zanim lekarz do obrotu przystąpi, łożysko już jest na pewnej przezstrzeni od macicy oddzielone, sprowadzenie nóżek choćby dwoma palcami i posuwanie ciała płodu między ścianą macicy a łożyskiem, bez dalszego a zwykle znacznego odklejenia, nie jest możliwe. Przy postępowaniu wyczekującem ochrania się więc do pewnego stopnia matkę od naddarcia szyi macicznej i od krwotoku, ale naraża się płód na śmierć prawie niechybną. Obawa Rungego jest usprawiedliwiona, ale odnosi się ona do tych wypadków, w których wykonano obrót płodu przy ujściu mało rozwartem i o brzegach niepodatnych, więc do przypadków, w których tylko metodę Braxtona-Hiksa dało się

zastosować, — nie jest natomiast usprawiedliwioną tam, gdzie lekarz przed przystąpieniem do obrotu płodu, znalazł już ujście na tyle rozwarte (względnie brzegi jego na tyle podatne), iż do macicy rękę swą całą swobodnie mógł wprowadzić. Brzegi tak przygotowanego ujścia mogą chyba tylko wyjątkowo, podczas extrakcyi główki, pęknąć, więc tylko ten akt operacyi wymaga należytej ostrożności. W praktyce mojej ilekroć razy obróciłem płód ręką całą, zawsze wyciągałem go szybko i nie miałem powodu postępowania tego żałować.

Co do postępowania po porodzie płodu, to jest powszechnym i zupełnie uzasadnionym zwyczajem przy tem zboczeniu, które nas zajmuje, — nie wyczekiwać dobrowolnego wydalenia łożyska, ale oddzielać je i wydobywać sztucznie. Dobrowolne odklejenie bowiem odbywa się bardzo leniwo, bo wiotki dolny odcinek macicy, do którego łożysko przylega, ściąga i kurczy się słabo, a tymczasem powierzchnia macicy, od której łożysko już odklejone, krwawi. Po extrakcyi łożyska krwotok zwykle ustaje, nie rzadko jednak pojawia się z ponownem nasileniem, a co najczęstsze, z powodu bądź atonii macicy, bądź naddarć szyi macicznej. Że krwotok teraz jest tem groźniejszy im więcej chora dotąd krwi straciła, to łatwo zrozumieć, mała względnie utrata krwi może teraz chorą dobić. Miałem dwa podobne przypadki. W pierwszym przed laty 15 po wydobyciu płodu i uspokojeniu krwotoku powstałego po porodzie z atonii macicy, odszedłem w dobrą godzinę po porodzie do domu, przekonawszy się, że macica dobrze się ściąga, a stan ogólny pacyentki wcale jest nie zły; akuszerce zaleciłem dalsze czuwanie nad zachowaniem się macicy i wydałem jej odpowiedne polecenia; w niespełna godzinę zawołano mnie ponownie do tej chorej, zastałem ją nieżywą, o ile z opowiadań domowników wywnioskować mogłem, zmarła śród objawów ostrej niedokrewności, wywołanej ponowną, a wcale nie wielką utratą krwi. Drugi przypadek dotyczył chorej (także jak powyższa z *plac. praev. tot.*), przywiezionej ze wsi prawie w stanie agonii, tak, że wezwany wahałem się, czy się przygotować

do cięcia cesarskiego *post mortem*, albo też próbować jeszcze pacyentkę rozwiązać za życia. Po wstrzyknięciu kilku strzykawek eteru wydobyłem płód i łożysko i docuciłem chorą o tyle, iż po 2—3 godzinnej ciężkiej przy niej pracy, sądziłem, że ją spokojnie opuścić i dalszej opiece drugiego kolegi (S.) pozostawić mogę. Pacyentka umarła w $1^1/_2$ godziny później. Krwi po porodzie w Krakowie straciła bardzo mało. Te dwa przypadki pouczają, jak starannej i długiej opieki podobne pacyentki wymagają. Leczenie takich krwotoków musi być takie same, jak przy atonii po zwykłym porodzie, — a jeśli trzon macicy dobrze jest ściągnięty i krwawienie do dolnego odcinku odnieść należy, wskazanem jest zatamponowanie tegoż, jak niemniej pochwy. W tym celu używają powszechnie gazy jodoformowej. W podobnych przypadkach robią także niektórzy wstrzykiwania rozczynem półtora chlorka żelaza; inni obawiają się skrzepów przezeń powstałych, które rozpadając się, chorą w połogu zarazić mogą. I ja kilka razy próbowałem tych wstrzykiwań tuż po porodzie, nie doświadczyłem żadnych złych następstw, ale też i żadnych dodatnich, natomiast ilekroć w praktyce ginekologicznej rozczyn ten do macicy wstrzykiwałem, zawsze jako następstwo zapalenie macicy widziałem.

Trudniejsze do utamowania są krwotoki, powstałe wskutek naddarcia, dobrowolnego lub sztucznego, trzonu lub szyi macicznej. Z wyżej wymienioną pacyentką K. G. miałem z powodu takiego krwotoku bardzo wiele kłopotu. Tuż po skończonym porodzie pojawił się u niej krwotok, a że macica początkowo leniwo się ściągała, używałem wraz z kolegą W. wszelkich dotychczas znanych i używanych sposobów, aby macicę do skurczów pobudzić i krwotok uśmierzyć. Pierwsze nastąpiły rychło, ale chora krwawiła ciągle. Teraz zacząłem podejrzywać, że krew pochodzi z rany, mojemi paznogciami sztucznie w dolnym odcinku macicy zrobionej (zobacz wyżej); wytkałem szczelnie tę część macicy i pochwy gazą jodoformową, następnie watą haemostatyczną, — bez skutku — chora krwawiła ciągle. Natenczas użyłem po raz pierwszy tamponu zrobionego z penghaver-djambi, zawinię-

tego w gazę jodoformową. Tamponem tym wytkałem dolny odcinek i szyję maciczną, do pochwy włożyłem tampon z gazy jodoformowej. Krwotok ustał natychmiast. Tampony usunąłem po 24 godzinach, — chora przebyła połóg szczęśliwie bez gorączki.

Że penghaver djambi w położniczej praktyce bardzo jest przydatny, na to drugi przykład: U pani G. wykonał kolega Cercha z powodu *pl. praev. tot.* obrót, a następnie dobył płód lekko omdlały, który łatwo dał się docucić. Po wydobyciu łożyska krwotok trwał dalej — więc ergotyna, massage, wstrzykiwania gorące, zimne, tampon jodoformowy szczelnie założony — wszystko bez skutku. Macica skurczyła się doskonale, a chora krwawiła i była blizką śmierci. Poradziłem tamponadę z penghaver djambi, krwotok ustał, pacyentka nie gorączkowała w połogu.

O użyciu tego środka do tamponowania macicy względnie pochwy, przeciw krwotokom w praktyce położniczej, nigdzie nie czytałem, zawsze mówi się o gazie jodoformowej, która częstokroć zawodzi. Oto więc jeden z powodów, dlaczego Panom dzisiaj tyle czasu moim wykładem zająłem.

III. Posiedzenie z dnia 12 marca 1892 r.

Przewodniczący Prof. Dr. Madurowicz. Obecnych członków 9.

Porządek dzienny:

1) Po odczytaniu protokółu według stenogramu z ostatniego posiedzenia, przyszli Członkowie Towarzystwa do przekonania, że stenografowanie protokółów z posiedzeń jest niepraktyczne, gdyż, jak się okazało, dosłownie odczytany stenogram z ostatniego posiedzenia, był nietylko niejasno i niedokładnie w całej swej rozciągłości napisany, ale nadto nawet przedmiot był w wielu miejscach zupełnie błędnie przedstawiony. Przypisać to można li tylko temu, że stenograf z położnictwem i ginekologią był nieobeznany. Z tego powodu zatem postanowiono na wniosek kol. Marsa spróbować szczegółowego spisywania protokólu, czego na razie podjął się p. Nowak, słuchacz medycyny. Towarzystwo bowiem pragnie, by odczyty i dyskusye były szczegółowo zaznaczone w protokółach posiedzeń, by przez to Członkowie korespondenci mogli nabrać lepszego wyobrażenia o działalności i żywotności Towarzystwa.

2) Proponowany przez kol. Przewodniczącego na poprzedniem posiedzeniu kol. Świtalski został jednogłośnie przyjęty w poczet członków czynnych Towarzystwa.

3) Kol. Mars zawiadamia, że w myśl uchwały Towarzystwa zaprosił Prof. Browicza i Cybulskiego jako stałych gości Towarzystwa; zarazem donosi, że Prof. Frommel z Erlangen prosi o sprawozdania z dzieł polskich do „*Jahresbericht über die Fortschritte aus dem Gebiete der Geburtshilfe u. Gynaekologie*“, do czego według zawiadomienia kol. Przewodniczącego jest już sprawozdawca Dr. Neugebauer z Warszawy, do którego wszelkie prace odsełać należy.

4) Dyskusyę nad odczytem kol. Jordana na wniosek kol. Marsa i za zgodą prelegenta odłożono na następne posiedzenie z powodu tego, że sprawozdanie z tego odczytu nie było jeszcze gotowe i na posiedzeniu odczytane być nie mogło, przedmiot zaś odczytu jest bardzo interesujący, a kilku Członkom Towarzystwa na posiedzeniu ostatniem nieobecnym, nie jest wcale znany.

5) Kol. Rydygier przedstawił preparat anatomiczny macicy wyciętej przez pochwę, a dotkniętej rakiem części pochwowej na małej przestrzeni, gdzie obok tego istnieje guzek rakowaty w trzonie macicy. Preparat ten wykazuje, że najbezpieczniej w przypadku raka części pochwowej lub szyjki macicznej robić wyłuszczenie macicy całkowite, boć niema sposobu wykazania czy trzon nie jest zajęty, w razie czego odcięcie części pochwowej a nawet szyjki macicznej nie na wiele się przyda.

6) Dalej przedstawił preparat macicy wyciętej przez hysteromyomectomią.

IV. Posiedzenie z dnia 7 marca 1892 r.

Przewodniczący Prof. Dr. Madurowicz. Obecnych członków 10.

Porządek dzienny:

1) Odczytanie protokółu.

2) Po odczytaniu sprawozdania z odczytu kol. Jordana „o postępowaniu przy łożysku przodującem“ zabiera w dyskusyi głos kol. Mars i zaznacza, że w odczycie jest nagromadzony bogaty materyał, bo 31 przypadków, podczas gdy on miał ich nie więcej jak 10, z których 2 zakończyły się śmiercią. Co się tyczy użycia kondomów do tamponowania, to mu się sposób ten bardzo podoba, żałuje jednak, że kol. Jordan odpowiedniego instrumentu nie kazał sporządzić i rzeczy tej nie ogłosił; kolpeurynter Brauna nie nadaje się w takich razach,

bo go trudno wprowadzić przez ujście mało rozwarte, podobnie zawodzi i rozszerzadło Barnesa, t. j. balonik w postaci skrzypców, kondom zaś da się łatwo wprowadzić i dobrze się zastosowuje, tylko umocowanie go do cewnika jest niepewne, dlatego należałoby to inaczej urządzić.

Co do tamponowania kolpeurynterem to spostrzegał, że tenże sprowadza bardzo szybki postęp porodowy, wprawdzie zarzucają, że jest to przyrząd, który trudno daje się utrzymać w stanie aseptycznym, gdyż guma nasiąka łatwo wydzielinami; jest na to jednak rada, można bowiem dla każdego przypadku wziąść nowy kolpeurynter, który namoczony przedtem w rozczynie sublimatu bezpiecznie może być użytym, tem łatwiej można to czynić, że cena takowego nie jest zbyt wysoką, a przypadki łożyska przodującego nie zbyt częste. Co do rozwiązania przymusowego twierdzi, że się go zawsze obawia i dla tego dotąd tego nie robił — bo co innego jest rozszerzać macicę od wewnątrz a co innego od zewnątrz; kondom rozszerza ujście od wewnątrz. W przypadkach łożyska przodującego dolny odcinek macicy mocno jest rozpulchniony i zawiera mnóstwo szerokich żył. Na pękanie naczyń żylnych wpływa głównie przebieg tychże, gdyż podłużnie przebiegające łatwiej pękają niż te, które biegną poprzecznie. Kol. Mars przebija pęcherz albo tam, gdzie mały tylko z boku czuć kawałek łożyska, lub dopiero wtedy, gdy ujście jest na tyle rozszerzone, aby część poprzedzająca mogła do niego pewnym odcinkiem wstąpić i takowe tamponować, a brzeg łożyska nie sięga środka pola badania, tak, że po przebiciu pęcherza może jego odcinek, wybadać się dający, wywinąć się i wypaść do pochwy. Co do przypadku pani K. G., opisanego przez kol. Jordana jest zdania, że im dłużej trzyma się palec na pierścieniu skurczowym, to tem wyraźniej się go czuje; kol. Jordan doszedł swemi palcami do pierścienia skurczowego i im go więcej drażnił, tem bardziej pierścień występował ku środkowi i tworzył zaułek. Co do wydobycia płodu, to przytacza kol. Mars przypadek obserwowany, z Prof. Madurowiczem, w którym przy ujściu niemal zupełnie rozwartem dokonał obrotu z łatwością, nagle jednak wystąpił zapad i nader gwałtowne objawy nerwowe, wobec tego w celu ukończenia porodu przystąpił do wydobycia płodu, po którym wystąpił gwałtowny krwotok i śmierć. Przy badaniu wewnętrznem znalazł szyję balonowato rozszerzoną, ale nie stwierdził żadnego naddarcia, które też i trudno przypuścić wobec okoliczności, że ujście było zupełnie rozwarte, gdy do obrotu przystępował. W każdym razie wydobycie płodu w przypadkach łożyska przodującego powinno być

jak najwolniejsze, bo około ujścia jest mnóstwo żył rozdętych, które mogą pęknąć, szczególniej, jeżeli przebiegają podłużnie.

W drugim przypadku łożyska przodującego u wiejskiej kobiety na wsi, urodziło się wśród krwotoku łożysko, wezwany potem kol. Mars znalazł osobę mocno niedokrewną, niekrwawiącą, dokonał obrotu i wydobył płód; podczas i po obrocie i po wydobyciu płodu, chora nie krwawiła zupełnie, lecz wpół godziny nastąpiła śmierć nagła.

Kol. Jordan zaznacza jeszcze raz, że w niektórych razach bez tamponowania obejść się nie można i przytacza przypadek, w którym u ciężarnej w 7 miesiącu ciąży, krwawiącej z powodu łożyska przodującego, musiał tamponować przez 36 godzin zanim się ujście rozwarło, a w którem na drugi dzień wśród krwotoku miało się urodzić całe jajo płodowe dobrowolnie i to w ten sposób, że najpierw wyszło łożysko, a potem błony, które akuszerka przebiła.

Nie uważa za jasne postępowanie Zweifla i Müllera, którzy radzą, aby przy ujściu mało rozwartem wykonywać obrót jednym palcem, bo zdaje się kol. Jordanowi rzeczą bardzo trudną, zahaczyć palcem jednym za nóżkę.

Zresztą cieszy się kol. Jordan, że kol. Mars zgadza się z jego zasadami co do postępowania przy łożysku przodującem, a o podaniu odpowiedniego instrumentu do rozszerzania szyi w rodzaju kondomu zupełnie przepomniał.

Kol. Braun zaznacza, że chodziło w powyższym odczycie kol. Jordanowi o wykazanie jego zapatrywania co do postępowania przy *plac. praevia*, i o podanie jako środka dzielnie krwotok tamponującego penghaveru djambi.

Co do tamowania krwotoku z szyjki, to radzi pierwej ściągnąć szyjkę kulociągami ku dołowi i naczynie podwiązać a dopiero gdyby się to nie udało, przystąpić do tamponowania penghawarem owiniętym w gazę jodoformową.

Co do sposobu tamponowania, to uważa tamponowanie przez rurkowaty wziernik za pomocą gazy jodoformowej za najwłasciwsze, bo przez to nie wchodzą do kanału rodnego najwięcej zanieczyszczone części gazy, jak to się dzieje przy tamponowaniu bez wziernika palcami.

Kol. Bossowski radzi penghaver, który jest dobrą glebą dla rozwoju drobnoustrojów, owijać w gazę.

Kol. Jordan zaznacza, że już Zweifel i Martin radzili okłuwać naczynia szyi, jeżeli były pęknięcia tejże, tylko takowe leżą nieraz tak wysoko, że ich okłuć nie można i z tego powodu sposób podniesiony przez kol. Brauna nie da się zawsze w praktyce zastosować, zwłaszcza że zeszycie trwa dłużej niż

tamponowanie, a wobec niedokrewności chodzi o szybkie działanie.

Kol. Mars podaje, że Breisky polecał przy użyciu wziernika Simsa tamowanie krwotoku przez zeszycie. Tampony działają dwojako, nietylko tamują krwotok, ale drażnią macicę i wywołują skurcz. Do tamponów radzi dodać glyceryny, jako środka mocno wodę chłoniącego; postępowanie kol. Brauna uważa jako idealne ale niepraktyczne.

Kol. Madurowicz zgadza się, że łożysko przodujące jest powikłaniem ciąży bardzo niebezpiecznem, ale nie najniebezpieczniejszem, bo rzucawka porodowa, pęknięcie macicy są daleko niebezpieczniejsze. Sądzi dalej, że podział, jakiego kol. Jordan używa, nie mówi nic więcej, niż dotychczas używany a jest mniej jasny. *Placenta lateralis* i *marginalis* n. p. są terminami, równe znaczenie mającemi. Kol. Madurowicz sądzi, że pierwszy najniższy stopień jak dawniej nazywać należy *pl. pr. lateralis*, t. j. gdzie brzeg łożyska dochodzi do brzegów ujścia macicznego; *plac. pr. partialis*, jeżeli brzegiem łożyska jest zakryta połowa ujścia, zaś *pl. pr. totalis* jest wtedy, gdy łożyskiem pokryte jest całe ujście. *Centralis* zaś wtedy, gdy w *pl. pr. totalis* środek łożyska przypada na środek ujścia wewnętrznego macicy.

Odczyt kol. Jordana zajmował się zresztą głównie postępowaniem i to według okresów porodu. Na sposoby te wszystkie czy to już znane, czy przez kol. Jordana proponowane, kol. Madurowicz przeważnie się zgadza.

Kol. Jordan zaczyna od wstrzykiwań i tu kol. Madurowicz się nie zgadza z kol. Jordanem i zaznacza, że wstrzykiwania radził pierwszy nie Runge, lecz Seyfert w Pradze i to wbrew K. Braunowi w Wiedniu, który prześtrzykiwań nie zalecał, bo usuwają skrzepy krwi z miejsca broczącego. Kol. Madurowicz radzi w początkach wyczekiwanie i gdy kol. Jordan zwraca główną uwagę na krwotok, to on zwróciłby ją raczej na następstwa krwotoku, t. j. niedokrewności, bo ta u różnych osób występuje w różnem nasileniu, a od stopnia tegoż zawisło więcej bierne lub przeciwnie więcej czynne działanie położnika. Niektóre chore znoszą nawet bardzo znaczne krwotoki bardzo dobrze; kol. M. miał chorą, u której między 6 a 7 miesiącem było łożysko przodujące i położenie płodu poprzeczne, w przypadku tym czekać mógł, aż się ujście dostatecznie nie rozszerzyło i wykonał wówczas obrót na nóżki; zabiegowi towarzyszył znaczny krwotok, niedokrewność nie wytworzyła się wcale groźna. Nie należy zatem przy zabiegach kierować się tem, czy krwotok jest większy czy mniejszy, lecz tem, czy niedokrewność

rozwija się mniej lub więcej szybko i groźnie. W przypadkach niedokrewności zaleca spokój i środki podniecające w wielkich dawkach. Kol. Madurowicz używa z dobrym skutkiem kolpeuryntera, który dobrze można zdesinfekcyonować, tylko trzeba w miarę wypełniać go wodą, bo gdy się go napełni za mało, to nie działa, a gdy za dużo, to z powodu znacznego napięcia doznaje chora dolegliwości. Co do zakładania go, to kol. Madurowicz najpierw usuwa zeń powietrze, potem tampon skręcony jak cygaro ku tylnemu sklepieniu wprowadza i następnie, napełnia go zimną wodą, wśród czego balon równocześnie się wyprostowuje i wypełnia górną połowę pochwy. Napełnienie wodą winno być dostateczne tak, aby balon badany fałdów nie okazywał, ale znów nie tak mocno, by już nic wody więcej do niego wprowadzić się nie dało. Kontrolując go od czasu do czasu palcem zostawia go tak przez 4—6 godzin, a jeżeliby nie wypadł, wypuszcza płyn i bada stosunki, a gdyby zachodziła potrzeba, zakłada go na nowo. Zawsze po jakich 6—12 godzinach część pochwowa zostaje skróconą, a szyja macicy rozszerzona, przyczem nie zwraca uwagi na wielkość krwotoku, lecz na wpływ tegoż na organizm, więc na stopień niedokrewności chorej i podaje środki krzepiące. W jednym przypadku użycia tamponu Brauna, badając, przekonał się, że w pochwie leży tylko szyjka tampona, zaś balon cały wsunął się do szyjki macicznej. Wówczas powziął zamiar, aby pociągając balon ku dołowi rozszerzyć tym sposobem szyję i ujście, działaniem balonu od wewnątrz; ponieważ się jednak obawiał, by nie powstało pęknięcie szyi macicy, wypuścił najpierw nieco wody i tampon powoli wyciągał. Po tym zabiegu mógł się przekonać, że ujście rowarło się z łatwością bardzo łagodnie, poczem zaraz mógł wykonać obrót płodu. Co do przebijania pęcherza płodowego, jest zdania, że dobrze jest takowy przebić przy *placenta praevia marginalis i partialis* a nawet przy *totalis*, — gdy można dojść do błon płodowych; w takim razie *pl. praevia totalis* zamienia się na *partialis*, a twarda główka płodu, schodząc niżej, uciska część przodującą łożyska i tamuje krwotok. Nie rozumie, czemu kol. Jordan boi się przebicia pęcherza w położeniu pośladkowem, chyba wtedy, gdy jest tego rodzaju położenie miednicowe, że niema części, którąby weszła do ujścia i tamowała krwotok, bo zresztą przebicie jest wskazane, skoro ujście dostatecznie rozwarte.

Na tamowanie krwotoku po porodzie Penghaverem Djambi kol. Madurowicz się zgadza.

Ucisk brzegiem ręki po nad macicą, przez powłoki brzuszne ku wzgórkowi krzyżowemu wykonany, a więc ucisk aorty, jest w stanie zatamować krwotok, a robi się to po porodzie, gdy nie potrzeba

przedsiębrać już większego rękoczynu i nadmienia jeszcze raz, że w każdym okresie i przypadku należy kłaść większy nacisk na skutki krwotoku, aniżeli na sam krwotok, a podawanie środków krzepiących jest tu bardzo ważnym i głównym sposobem postępowania. W celu krzepienia najlepszem jest *wino, tra. ferri acet. aetherea, tra.* i *ol. cinamomi* przez usta, *ol. camphoratum* i eter podskórnie, wstrzykiwania rozczynu soli kuchennej do kiszki stolcowej, wstrzykiwanie tegoż pod skórę, przetoczenie krwi, której nie robi się wtedy, gdy niema tętna, bo wtedy kaniula przedziurawia łatwo tylną ścianę żyły.

Kol. Jordan dziękuje za uwagi nad jego odczytem i zgadza się z kol. Madurowiczem co do wstrzykiwań. Co do krwotoku, to nowsi lekarze i nowsze podręczniki — są za bardzo energicznem postępowawiem, tam niema mowy ani o wyczekiwaniu, ani o środkach podniecających, a ponieważ kol. Jordan z tem się nie zgadza, dlatego powyższy temat sobie obrał do odczytu.

Co do krwotoku samego, to nie zawsze można ufać temu jak chora krwotok znosi, bo czasem zaczynamy jakiś rękoczyn n. p. obrót, pacyentka znosi to dobrze jakiś czas, a przy końcu krwawi mocno i może wystąpić nagły zapad. Trzeba zatem pamiętać, by pacyentka miała na każden przypadek zasób sił. Kolpeurynter uważa za bardzo dobry do tamponowania w celu tamowania krwotoku; co zaś dotyczy jego przypadku z kondomem, to tenże jest wyjątkowy i gdyby się komu podobny zdarzył, może mu posłużyć za przyklad.

Z przebiciem pęcherza przy położeniu pośladkowem radzi kol. Jordan zawsze być ostrożnym, bo nie wiadomo jak szybko pośladki zstąpią do ujścia, a przez ten czas trzeba albo wyczekiwać, co po przebiciu pęcherza jest wskazane, lub gdyby pośladki się nie obniżały, ściągnąć nóżki. Wobec tego więc należy tylko wtedy przebijać pęcherz płodowy, gdy jest pewność, że pośladki do ujścia przylegną.

Z wyjęciem łożyska, poddawaniem środków skrzepiających, i uciskiem na aortę zupełnie się zgadza.

Co do podziału, to jest za takim, jaki podał, zgadza się jednak, że nazwa *lateralis* i *marginalis* są równoznaczne i korzystając z uwagi poprawi w tym kierunku odczyt do druku, rozróżnia zatem *placenta praevia lateralis, partialis, totalis* z podziałem *centralis*.

Kol. Cybulski słucha z zadziwieniem, jakoby było przetoczenie krwi do żyły niemożliwem, gdy niema tętna. Trzeba tylko żyłę odpreparować, naciąć ją nożyczkami i wsunąć ka-

niulę. Operacya ta wymaga kilka sekund czasu a można nieraz życie uratować.

Kol. Mars sądzi, że wykonanie przetoczenia krwi jest możebne właściwie tylko na klinikach.

Kol. Rosner zgadza się co do przetoczenia krwi z kol. Cybulskim, bo widział jak zabieg ten w sposób opisany przez kol. Cybulskiego, robiono nietylko na zwierzętach ale i w klinice Prof. Rydygiera w nagłym przypadku z chwilowo dobrym skutkiem. Co do ucisku na aortę, to w klinice jest przypadek, gdzie przy wyjmowaniu łożyska w kilka dni po porodzie u osoby niedokrewnej był znaczny krwotok, chora traciła tętno i przytomność, wszelkie środki stosowane nie pomagały. Dopiero gdy uciśnięto aortę i założono opaskę, krwotok ustał i macica się skurczyła; prawdopodobnie wskutek niedokrwności macicy, bo ta powoduje skurcz mięśni gładkich.

Kol. Madurowicz zaznacza, że nie chciał powiedzieć, że zawsze przy przetaczaniu krwi ścianę tylną żyły się przebija kaniulą, ale u niego zdarzył się przypadek, że po przetoczeniu krwi znaleziono przy oględzinach pośmiertnych krew przetaczaną w tkance podskórnej.

Kol. Rosner dodaje, że dziś wstrzykuje się krew w tkankę podskórną.

V. Posiedzenie z dnia 21 marca 1892 r.

Przewodniczący Prof. Madurowicz. Obecnych członków 9.

Porządek dzienny:

1) Odczytanie protokółu.

2) Kol. Wiszniewski przedstawił dziewczynkę 8 dniową ze zrośnięciem warg mniejszych, przypuszczając, że prawdopodobnie i pochwa jest zarośniętą i sądzi, że zabieg operacyjny jest tu konieczny, że jednak trzeba z operacyą czekać aż dziecko dorośnie.

Kol. Cercha radzi użyć zgłębnika, by się przekonać, czy jest pochwa zrośniętą.

Kol. Rosner zapytuje, jak się w podobnych razach ma postępować, czy należy zaraz operować, czy aż dziewczynka dorośnie.

Kol. Mars stwierdza, że stan, jaki okazuje dziewczynka, wygląda tylko na zlep warg mniejszych i radzi tępym sposobem sprawę teraz usunąć. Gdyby w tym przypadku było rzeczywiste zrośnięcie, to zabieg u małego dziecka nie jest zbyt łatwy, szczególniej, jeżeliby istniało i zarośnięcie pochwy, bo u dziecka

tak małego trudno odnaleść pochwę, później zaś, gdy dziewczę dorośnie, wskazuje krwistek pochwowy drogę.

Kol. Rosner sądzi, że jeżeli operacya, jak słusznie podniósł kol. Mars, w pierwszych dniach życia jest i niebezpieczną i trudną, to przecież jest też niebezpieczną w tym czasie, kiedy już wytworzył się krwistek maciczny i trąbkowy. Dlatego najlepiej byłoby wybrać drogę pośrednią i operować w tych latach, kiedy się miesiączka zaczyna.

Kol. Wiszniewski zgadza się co do przedstawionego przypadku z wywodem kol. Marsa, gdyby się jednakowoż przekonał, że stan ten nie da się usunąć tępym sposobem, będzie operował dopiero wtenczas, gdy dziewczyna zacznie miesiączkować.

3) Kol. Cercha wygłasza odczyt:

„O tyłopochyleniu i tyłozgięciu macicy ciężarnej i okazuje preparat, dotyczący jednego przypadku.

Macica ciężarna może, jak wiadomo, ulegać różnym zboczeniom pod względem położenia, do czego już powiększenie jej objętości i ciężaru w znacznej części przyczyniać się musi. To też nawet wśród stosunków fizyjologicznych spotykamy często w pierwszych trzech miesiącach ciąży znaczniejsze przodopochylenie (*anteversio*), przodozgięcie (*anteflexio*) lub obniżenie macicy (*descensus*).

Zmiany te wprawdzie pociągają za sobą pewne nieprzyjemne objawy, odnoszące się do pęcherza moczowego, t. j. parcie i potrzebę częstego oddawania moczu, i ze strony kiszki odchodowej, t. j. zaparcie stolca; ważniejszych jednak i groźnych następstw zboczenia te nie sprowadzają, a w późniejszych miesiącach ciąży, kiedy macica w miarę powiększenia się opuszcza miednicę małą i rośnie ku górze, nieprzyjemne te objawy ustępują w zupełności.

Rzecz cokolwiek inaczej ma się wtedy, gdy mamy przed sobą tyłopochylenie lub tyłozgięcie macicy. Jestto zboczenie które w skutkach swych jest daleko groźniejsze, a zwłaszcza wtedy, kiedy, czy to spowodu niekorzystnych warunków dobrowolnie we właściwym czasie nie ustępuje, lub z powodu niedokładnego rozpoznania nie może być radykalnie leczone i przechodzi w okres tak zwanego uwięźnięcia (*incarceratio*), sprowadzając w sąsiednich organach

i w samej macicy groźne zboczenia, które stają się bezpośrednią przyczyną zejścia niepomyślnego dwóch istot odrazu, t. j. matki i płodu. Nie ulega więc wątpliwości, że zboczenie to jest bardzo poważnem powikłaniem ciąży, że zapobiegając jego wystąpieniu lub lecząc je wcześnie, ratujemy matkę a często i płód; gdy przeciwnie, jeżeli zadowalamy się usuwaniem tylko tego lub owego objawu, a nie staramy się po dokładnem rozpoznaniu usunąć przyczyny, to nie tylko zabiegi nasze, jak n. p. systematyczne odprowadzanie moczu, nie przynoszą pożądanego skutku, ale nawet, jeżeli nie zachowujemy pewnych ostrożności, to sprawę całą pogarszamy. — Że tak jest rzeczywiście, będą mogli Szanowni Czytelnicy przekonać się z opisu trzech przypadków, których historye choroby w końcu przedstawię, a które miałem sposobność obserwować i leczyć w klinice położniczo-ginekologicznej, trzech podobnych zupełnie przypadków, a tak wielce różniących się ze względu na następstwa, sposób i wynik leczenia.

Z przebiegu choroby będzie można poznać, jak świetne skutki przynosi dokładne rozpoznanie i wczesne leczenie z jednej strony, i to leczenie, które nie wymaga żadnych ważniejszych zabiegów, a z drugiej strony, jak niepomyślnie sprawa zakończyć się może, a nawet musi, mimo odpowiedniego, lecz niestety spóźnionego leczenia przyczynowego. Spóźnionem zaś nazywam leczenie wtedy, jeżeli sprawa cała trwa już długo i wywołała zboczenia w sąsiedztwie, zwłaszcza gdy chora szukała pomocy wcześniej, ta jednak ograniczyła się do usuwania pewnych tylko objawów chorobowych bez uwzględnienia przyczyny. Zaprzeczyć się nie da, że są pewne trudności w rozpoznawaniu ciąży we wczesnym okresie, nawet wśród warunków fizyologicznych, a cóż dopiero, jeżeli ma lekarz do czynienia z przypadkiem patologicznym powikłanym? — trzeba w takich razach wprawy w badaniu zestawionem, jakiego używamy w przypadkach ginekologicznych, a pomyłki uniknąć można, zwłaszcza że objawy towarzyszące tyłozgięciu macicy ciężarnej są bardzo

wybitne i cechujące, badanie przedmiotowe również, a nie wiele mamy chorób, które wykluczyć należy.

Nim przedstawię Szan. Czytelnikom historye choroby tych trzech przypadków, sądzę, że ze względu na ważność sprawy nie nadużyję Ich cierpliwości, jeżeli wspomnę pokrótce o przyczynach, rozpoznawaniu, zejściach możliwych i o leczeniu tego tak ważnego powikłania ciąży, zaznaczając równocześnie, że nie będę robić różnicy między tyłopochyleniem a tyłozgięciem macicy ciężarnej, jak tego domaga się w ostatnim artykule prof. Chrobak (*Centr. f. Gynaekol.* 1892, Nr. 7), o czem na właściwem miejscu wspomnieć nie omieszkam, a to dlatego, że sądzę, że oba zboczenia w pewnych razach ustąpić dobrowolnie mogą, a z drugiej strony, że w zgubnych swych skutkach nie wiele różnią się od siebie.

Każdy lekarz mający sposobność badania częstszego niewiast będących po za okresem ciąży, przyznać musi, że zboczenia w położeniu macicy, a mianowicie tyłopochylenie i zgięcie, wydarza się bardzo często i sprowadza całe szeregi zboczeń następowych w macicy, w jej sąsiedztwie i ogólnym organizmie, a chociaż do następstw tych cierpień należy utrudnione zastąpienie, to przecież doświadczenie uczy, że niepłodność nie jest konieczną i że bardzo wiele kobiet mimo tego zastąpić może. Najczęstszą przyczyną tyłozgięcia macicy ciężarnej jest ta, że zapłodnienie nastąpiło u kobiety dotkniętej tem zboczeniem. Rzadko tylko, jak na to zgadzają się zresztą autorowie, tyłozgięcie powstaje nagle podczas ciąży z powodu wstrząśnienia, a wtedy objawy mają występować bardzo groźnie i szybko.

Zapytajmy więc, w czem należy szukać przyczyny częstego występowania tyłozgięcia u kobiet, które rodziły? Poprzednie porody lub poronienia i nieodpowiednie zachowywanie się podczas połogu, oto dostateczne momenta usposabiające i wywołujące chorobę. Jeżeli bowiem niewiasta, położnica, wobec zwiększonego ciężaru macicy, zwiotczenia i rozluźnienia połogowego więzadeł, zawcześnie wstaje, zaj-

muje się wykonywaniem cięższej pracy, nie zważa dostatecznie na czynności przewodu pokarmowego i moczowego, to przyczynia się do złego zwijania się macicy, a co za tem idzie, do zmian w położeniu, do czego dopomaga obszerna miednica, małe jej nachylenie i zaparcie nawykowe żywota, wskutek czego działanie tłoczni brzusznej, pełny pęcherz moczowy a względnie rozdęte jelita spychają macicę ku tyłowi.

Jeżeli jednak zboczenia w położeniu macicy tak często spotykamy po za okresem ciąży, to dlaczego uwięźnięcie macicy ciężarnej nie należy wcale do częstych powikłań ciąży? Na to pytanie łatwo znajdziemy odpowiedź, jeżeli zastanowimy się nad możliwemi zejściami tyłozgięcia macicy ciężarnej. Ciało macicy, leżące w wygięciu kości krzyżowej, nie sprawia zrazu dolegliwości znaczniejszych; co najwięcej uczucie ciężkości, macica może w miarę powiększania się wycofać się dobrowolnie do miednicy dużej i ciąża wtedy trwa dalej bez zaburzeń; to jest prawdopodobnie najczęstsze a zarazem i najpomyślniejsze zejście.

Na tem miejscu najstosowniej będzie wspomnieć o zapatrywaniu Prof. Chrobaka, jakie wypowiedział w artykule wyżej przytoczonym co do różnicy, jaka zachodzi pomiędzy tyłopochyleniem a tyłozgięciem macicy ciężarnej odnośnie do samoistnego leczenia. Prof. Chrobak kładzie nacisk i ubolewa nad tem, że podręczniki milczeniem pomijają kwestyę mechanizmu dobrowolnego wycofania się macicy i że nie zaznaczają autorowie różnicy, jaka pod tym względem zachodzi między tyłozgięciem a tyłopochyleniem; dwa te, według Chrobaka, różne co do następstw zboczenia, uważają za jedno. Prof. Chrobak przyszedł na podstawie doświadczenia do tego przekonania, że podczas gdy macica ciężarna tyłozgięta zwykle sama bez zabiegów powraca w pewnym okresie ciąży do prawidłowego położenia, to przeciwnie macica tyłopochylona zawsze wymaga wczesnego odprowadzenia, albowiem nigdy nie wraca dobrowolnie do prawidłowego położenia.

W jednym tylko przypadku zmuszonym był prof. Chrobak przy tyłozgięciu macicy reponować takową, podczas gdy przy tyłopochyleniu odprowadza zawsze.

Zastanawiając się nad sposobem w jaki odbywa się samoistne wyprostowanie, uważa, że ani przypuszczenie Tylor-Smitha i Scanzoniego, którzy główną rolę przypisują więzadłom, ani zapatrywanie, że macica wzrasta w kierunku mniejszego oporu i pociąga za sobą tylną ścianę macicy, nie wystarczają do wytłomaczenia mechanizmu wyprostowania się macicy, lecz wyjaśnia sprawę w następujący sposób: macica tyłozgięta trzonem swoim spoczywa w wygięciu kości krzyżowej a szyja w całości lub przynajmniej przednia jej warga przyparta jest do kości łonowej; najwyżej położonym punktem macicy jest właściwie kąt, jaki tworzy szyja z trzonem. Jeżeli jajo płodowe wzrasta w macicy, to kąt ten staje się coraz więcej ostrym, a część pochwowa coraz więcej przypartą jest do spojenia łonowego; wskutek tego ściany macicy bywają niejednostajnie przez jajo rozszerzone a mianowicie przednia znacznie więcej niż tylna, a że tak jest rzeczywiście, to można poznać po miejscu odejścia jajowodów, które wskazuje na stopień rozciągnięcia przedniej ściany macicy; rozciągnięciu mają ulegać w pierwszej linii mięśnie podłużne. Wyrównanie tego niejednostajnego rozciągnięcia nie może mieć miejsca dlatego, że część pochwowa opiera się o spojenie łonowe i że przeszkadzają temu więzadła krzyżowo maciczne. Jeżeli teraz z jakiejkolwiek przyczyny macica się kurczy, to kurczy się przedewszystkiem ściana przednia, szyja macicy musi być zbliżoną do trzonu i pociąga za sobą, jeżeli przeszkoda ze strony wzgórka kości krzyżowej nie jest wielka, całą macicę do miednicy dużej. Punktem stałym, około którego obrót się odbywa, jest tu szyja przyparta do kości łonowej. Ponieważ przy tyłopochyleniu szyja jest zwykle nad spojeniem łonowem, brak więc jest punktu stałego; przeto i dobrowolne wyprostowanie trudno przy tyłopochyleniu do skutku przychodzi.

Tłomaczenie to zdaje się być oparte na podstawie dynamiki, lecz czy odbywa się ta sprawa samoistnego le-

czenia z taką matematyczno-fizyczną ścisłością, trudno rozstrzygnąć; z okazyi naszego przypadku, omawiano ją na posiedzeniu Towarzystwa ginekologicznego krakowskiego a zdania były podzielone; co więcej w monografii dedykowanej Prof. Chrobakowi, kióra wyszła z pod pióra Dra Eisenberga pod tytułem: „*Hygiene der Schwangerschaft*, Wien 1892", autor w kwestyi tyłozgięcia i tyłopochylenia macicy omawianej na str. 83, zajął zupełnie wręcz przeciwne stanowisko, mówiąc: „*die Retroversio wird gewöhnlich durch den wachsenden Uterus von selbst aufgehoben; anders verhält es sich mit der Rotroflexio uteri gravidi*". Bądź jak bądź, chociaż zapatrywanie prof. Chrobaka byłoby zupełnie słuszne, to sądzę, że położnik wpraktyce nie zostawi w spokoju tyłozgiętej macicy ciężarnej, np. w trzecim miesiącu ciąży czekając na zbawienne skutki tego mechanicznego samowyleczenia, lecz zastosuje już wtedy łagodne, a prawie zawsze skuteczne leczenie.

Powiedzieliśmy, że już bardzo wczas zboczenia takie mogą wywoływać pewne, wprawdzie nie groźne, ale dla chorej bardzo nieprzyjemne objawy, które zmuszają ją do szukania pomocy lekarskiej. Lekarz zbadawszy dokładnie, odprowadza macicę, co w tym okresie nie sprawia trudności i stara się macicę w prawidłowem utrzymać położeniu przez zastosowanie odpowiedniego krążka (Hodge, Mayer), który usuwa objawy nieprzyjemne i zapobiega ponownej zmianie położenia. Czasem już samo odprowadzenie moczu, ułożenie odpowiednie chorej, t. j. na bok i zastosowanie lewatyw wystarcza, że macica powraca do prawidłowego położenia. O takim pomyślnym skutku świadczy przebieg w naszym trzecim przypadku i o podobnym wspomina p. Müller w swojem dziele: „*Lehrbuch der Geburtshülfe*".

I to zejście jest niemniej pomyślne od pierwszego, lecz może być wynikiem tylko dokładnego badania, trafnego rozpoznania i odpowiedniego leczenia, jeżeli zaś zadawalamy się tylko leczeniem objawowem, to nietylko, że nie spełniamy naszego zadania, ale nadto przez takie leczenie (najczęściej systematyczne odprowadzanie moczu i to nieraz ty-

godniami) narażamy chorą, wobec złego odżywienia błony śluzowej cewki moczowej i pęcherza, wskutek zmienionych warunków krążenia, na zapalenie błony śluzowej, albo co gorsza, gdy nie mamy wprawy w kateteryzowaniu, które w tych razach jest bardzo trudne z przyczyny zmian topograficznych (ujście cewki moczowej jest mocno wciągnięte za tylną ścianę spojenia łonowego), jeżeli nieostrożnie zakładamy cewnik, wtedy bardzo łatwo obrazić możemy cewkę i pęcherz i sprowadzić drogę fałszywą.

Że rzeczywiste stosunki topograficzne są zmienione, to każdy przyzna, kto raz miał sposobność zaprowadzać cewnik przy tyłozgięciu macicy ciężarnej, naturalnie, jeżeli chce to zrobić w sposób oględny, szkody ciężarnej nie przynoszący; a kto chce przekonać się o stosunkach topograficznych w miednicy małej przy uwięźnięciu macicy, dotyczących macicy, szyjki macicy, sklepień, cewki moczowej, otrzewny i odbytnicy ten znajdzie je w artykule z kliniki prof. Wydera w Zurychu, ogłoszonym przez Dra Schwytzera pod tytułem: „*Zur Anatomie der Lageveränderungen des Uterus*“ (*Archiv. f. Gynaek.* Bd. XLI, H. 1 u. 2, 1891) i w załączonej tabl. VIII fig. 1 przedstawiającej przekrój dokonany na zamrożonych zwłokach kobiety, zmarłej z powodu zapalenia otrzewny, wywołanego przedziurawieniem wielokrotnem pęcherza moczowego przy uwięźnięciu macicy ciężarnej tyłozgiętej. — Stosunki te przedstawiają się w następujący sposób: *a*) macica wypełnia całą miednicę małą i przylega ściśle do kości krzyżowej, ku dołowi sięga zazwyczaj bardzo nisko prawie 3 do 4 ctm. powyżej otworu stolcowego i wejścia do pochwy, dosięga więc płaszczyzny wychodu miednicy; od przodu przyciska ścianę pochwy zupełnie do tylnej powierzchni spojenia łonowego. Przednia ściana macicy w okolicy ujścia wewnętrznego jest najbardziej ścieńczała.

b) Szyjka macicy leży bezpośrednio za spojeniem łonowem, tylna warga części pochwowej jest prawie zanikła, ujście zewnętrzne macicy stoi prawie w wysokości wchodu miednicy.

c) Sklepienie przednie leży nad spojeniem łonowem, ściana pochwy mocno jest wyciągnięta, a ujście cewki moczowej zewnętrzne przez to mocno w głąb wciągnięte, cebulka moczowa jest zupełnie niewidoczna, cewka moczowa ma dł. 5 ctm., w górnej części nieco rozszerzona, ściany pęcherza nieco zgrubiałe, lecz niejednostajnie, górny koniec cewki moczowej leży w wysokości górnego brzegu spojenia łonowego.

d) Otrzewna przechodzi już w wysokości 15$^1/_2$ ctm. powyżej spojenia na pęcherz tak, że przejście otrzewny z pęcherza na macicę leży bardzo wysoko, przeciwnie otrzewna zatoki Douglasa jest zepchnięta bardzo nisko.

e) Kiszka stolcowa do wysokości kości ogonowej leży mniej lub więcej w środku, powyżej znacznie na lewo przesunięta.

Rysunek tego przekroju jest bardzo pouczający i wierny a jest jedyny znany w literaturze, inne bowiem, jak n. p. Oldhama, Schulzego, Schatza i te, które znajdujemy w podręczniku Schrödera są schematyczne i dają tylko obraz zmian w przybliżeniu.

Powikłanie to i w ten sposób zakończyć się może, że w początkach 3 i 4 miesiąca księżycowego macica częściowo, a mianowicie przednia jej ściana znacznemu ulega rozciągnięciu, a część pozostająca w miednicy małej, tworząc zaułek, w którym jedna część płodu, n. p. główka, znajdować się może, podczas gdy reszta płodu rozwija się w tej części macicy, która wycofała się do miednicy dużej; jestto zejście i wogóle postać tyłozgięcia bardzo rzadka, a nazywamy tę zmianę częściowem tyłozgięciem (*retroflexio uteri gravidi partialis*, przypadek G. Veita, Volkmanns-Sammlung, Nr. 170, 1879). W tych rzadkich przypadkach nie było znaczniejszych zaburzeń podczas ciąży, lecz za to podczas porodu uważać należy na pierwszy okres, albowiem pęcherz i część płodu poprzedzająca nie przyczyniają się wtedy do rozwarcia ujścia zewnętrznego, lecz przy każdym skurczu macicy ulega rozszerzeniu zaułek w tylnem sklepieniu i to tak dalece, że może w tem miejscu powstać oderwanie szyi od reszty ma-

cicy; dlatego to lekarz powinien uważać na to i starać się tylną wargę macicy przesuwać po za część poprzedzającą a tym sposobem sprowadzi stosunki prawidłowe, t. j. że skurcze macicy będą działać w kierunku długiej osi macicy. Albo też macica powiększa się w swojem nieprawidłowem położeniu, wywołując cały szereg objawów uciskowych ze strony pęcherza i kiszki stolcowej, ale też równocześnie, wskutek zmienionych warunków krążenia i przekrwienia biernego występują objawy zadraźnienia macicy, ściągania a wreszcie typowe skurcze porodowe i sprawa kończy się poronieniem, po którem objawy groźne wskutek zmniejszenia objętości macicy ustępują: i w tym razie niewiasta zwykle cało wychodzi, jeżeli nie występuje zakażenie, co nie jest wykluczonem.

Jeżeli żadne z tych zejść niema miejca, wtedy występuje stan tak zwanego uwięźnięcia macicy ciężarnej ze swemi następstwami groźnemi a w skutkach tak zgubnemi, że pociągają za sobą często śmierć dwóch naraz istot. Objawy te są następujące: podwyższenie ciepłoty, tętno szybkie, nudności lub wymioty: bolesność brzucha, przemawiająca za podraźnieniem otrzewny, podwyższenie ciepłoty pochwy, suchość błony śluzowej a wreszcie wypadanie macicy nieruchomej w tylnem sklepieniu. Do nas więc należy niebezpieczeństwo grożące rozpoznać i na czas je odwrócić.

Rozpoznanie zaś tyłopochylenia lub tyłozgięcia macicy ciężarnej przy pewnej wprawie w badaniu, dalej po uwzględnieniu wywiadów i objawów, które w wielu razach są bardzo cechujące, nie przedstawia wielkich trudności i nie wiele mamy chorób, które wykluczyć należy, nim na pewno ostatnie wyrzeczemy słowo. O tych chorobach wspomnę później. Pierwszą rzeczą, która nas zmusza do przypuszczenia zmiany w położeniu, są zaburzenia ze strony pęcherza moczowego i kiszki stolcowej. Chore skarżą się na potrzebę częstego oddawania moczu, na parcie, które jest wynikiem rozdęcia pęcherza z jednej strony, a uciśnięcia cewki moczowej z drugiej strony — wnet jednak przechodzi ono w okres, w którym ciężarna nie może oddawać moczu a nareszcie zaczyna

się cechujący objaw, t. j. mimowolne moczenie kroplami, a mimo tego pęcherz jest moczem przepełniony (*ischuria paradoxa*). Zazwyczaj towarzyszą temu bóle mocne, pochodzące bądź z nadmiernego rozdęcia pęcherza, bądź z ucisku macicy i zapowiedzią zbliżającego się poronienia. Ze strony kiszki stolcowej cechującem jest zaparcie stolca nie czułe nawet na dosyć silne środki przeczyszczające.

Za pomocą badania przedmiotowego wykażemy obok objawów ciąży prawdopodobnych, jak ustania regularności, zwiększonej czynności w sutkach, zasinienia i rozpulchnienia sromu i pochwy, także cechujące zmiany przy badaniu palcem przez pochwę. I tak: część pochwowa znajduje się zwykle bardzo wysoko, jużto do spojenia łonowego przyparta, już też ponad niem leżąca, sklepienie przednie jest szczelinowate, gdy tylne, w którem się znajduje trzon macicy, bywa mocno do próżni miednicy wypuklone, co więcej w pewnych przypadkach było ono tak znaczne, że nawet i międzykrocze przybierało postać, jaką ma wtedy, gdy podczas porodu prawidłowego część poprzedzająca zaczyna się przerzynać. O takich przypadkach wspominają Eichhorn, Schatz, Halbertsma. Badanie moczu wykazuje zazwyczaj objawy nieżytu pęcherza, a w dalej posuniętych przypadkach rozkład amoniakalny a nawet gnicie. Z tych wszystkich objawów możemy łatwo dojść do rozpoznania, do którego dochodzimy najłatwiej przez zestawione czyli oburęczne badanie, naturalnie po poprzedniem odprowadzeniu moczu. Podobne objawy możemy mieć w dwóch przypadkach, tj. jeżeli mamy do czynienia z uwięźnięciem macicy nie ciężarnej, lecz macicy zawierającej włókniaka i to podśluzowego lub jeżeli badamy przypadek, w którym nastąpiło zaklinowanie nowotworu, najczęściej jajnikowego w zatoce Douglasa. Obok objawów prawdopodobnych ciąży guz w tylnem sklepieniu będący w ścisłym związku z częścią pochwową macicy przemawia za tyłozgięciem lub pochyleniem macicy ciężarnej, a pozwala wykluczyć wszystko inne.

Rokowanie zależy od czasu trwania choroby i od zmian, jakie w tkankach sąsiednich wywołała; w tym ostatnim ra-

zie, jeżeli zmiany są daleko posunięte, rokowanie jest bardzo wątpliwem, a nawet złem.

Przechodząc do omawiania leczenia zboczeń macicy ciężarnej ku tyłowi, musimy przedewszystkiem starać się o to, aby macicę sprowadzić do położenia prawidłowego i w niem ją utrzymać. W tym celu należy macicę ręcznie odprowadzić i następnie założyć do pochwy krążek Mayera, Brauna, Hodgego lub Schulzego, którego zadaniem jest utrzymywać macicę w prawidłowem położeniu; krążek taki powinien, jeżeli go ciężarna dobrze znosi i nie czuje dolegliwości, pozostać aż do tej chwili, kiedy macica powiększając się wchodzi do miednicy dużej a obawa uwięźnięcia lub powtórnego opadnięcia minęła.

Nie sądzę, aby dobrze było, licząc na możność dobrowolnego cofnięcia się, czekać z odprowadzeniem, aż wystąpią groźniejsze objawy, wprawdzie i wtedy ono jest możebnem, ale trudniejszem i obawiać się należy, że nawet po udałem odprowadzeniu poronienie nastąpi.

Jeżeli ciężarna zgłasza się do nas już w tym okresie, kiedy występują objawy uwięźnięcia, to leczenie musi być czynne, polegające na odprowadzeniu, lub nawet, gdy to się nie udaje, na pomniejszeniu czyli wypróżnieniu macicy.

Nieraz jednak i w tym okresie już wypuszczenie moczu, które musi poprzedzać odprowadzenie, a które należy wykonać cewnikiem elastycznym i ostrożnie, wystarcza, że macica wraca po pewnym czasie do prawidłowego położenia. Mocz należy wypuszczać powoli, czyniąc od czasu do czasu pewne pauzy, rozdętego mocno pęcherza nie należy uciskać przez powłoki brzuszne, bo może nastąpić do pęcherza obfity krwotok, nawet przy ostrożnem i powolnem odpuszczaniu ostatnie krople moczu bywają krwawe. To samo da się powiedzieć o lawatywach, za pomocą których należy wypróżnić kiszkę, a które także dobre dają wyniki, zwłaszcza gdy chora leży w odpowiedniej pozycyi, tj. na boku z mocno przybliżonemi do brzucha udami lub w pozycyi kolankowo łokciowej. Obydwa te zabiegi mają tę dodatnią stronę, że nie wywołują drażnienia macicy. Są przypadki, w których od-

prowadzenie moczu jest niemożebnem, wtedy nawet trzeba się uciec do nakłucia pęcherza cienkim trójgrańcem, 3—4 ctm. nad spojeniem łonowem (Münchmayer, Cheston, Kilian).

Gdy to postępowanie nie prowadzi do celu, należy chorą zachloroformować, macicę ręcznie odprowadzić, a to w następujący sposób: Pęcherz i kiszka stolcowa tak jak przed każdym zabiegiem muszą być wypróżnione. Chorą układa się najlepiej na łóżku poprzecznem z udami do brzucha zbliżonemi i nieco rozstawionemi. Operator wprowadza dwa palce lub połowę ręki do pochwy do tylnego sklepienia, drugą rękę układa nad spojeniem łonowem, wtedy ręka znajdująca się w pochwie, stara się zwolna od jednej lub drugiej zatoki krzyżowo-biodrowej wysunąć macicę z miednicy małej; ręka zaś na powłokach ułożona stara się zajść za tylną ścianę macicy, uchwycić ją i ku przodowi przegiąć. Nie należy nigdy próbować odprowadzania macicy wprost przez wzgórek kości krzyżowej, bo tam jest znacznie mniej miejsca, co zabieg czyni trudniejszym. Zaraz po odprowadzeniu stosunki topograficzne się zmieniają. Część pochwowa znajduje się teraz nieco niżej, więcej w osi miednicy, a dalszy ciąg macicy można wybadać we wszystkich sklepieniach a więc i w przedniem; w tylnem sklepieniu dawne wypuklenie nie istnieje. Aby macicę teraz w prawidłowem położeniu utrzymać, trzeba założyć tampon z waty w tylne sklepienie, albo ułożyć chorą na bok lub w pozycyi kolankowo-łokciowej. Nie zawsze po odprowadzeniu macicy ciąża da się utrzymać, często następuje poronienie, na co otoczenie przygotować należy; w każdym razie nie zaszkodzi, jeżeli podamy chorej 3 razy dziennie po 10—15 kropli nastoju makowca (*tra opii simplex*), nadto chora musi jakiś czas pozostać w opiece lekarskiej, dopóki grozi obawa poronienia, lub powtórnego uwięźnięcia, a chociażby żadnych nie było objawów, to po odprowadzeniu chora powinna kilka dni pozostać w łóżku.

Zdarzają się przypadki, w których mimo chloroformowania odprowadzenie się nie udaje, wtedy trzeba według

rady Hurrego, który w ten sposób wyleczył 32 przypadki, założyć do pochwy lub odbytnicy balon Brauna (*Colpeurynter*) a potem do ponownego ręcznego odprowadzenia po raz drugi przystąpić. Gdy i to zawodzi, należy przystąpić do pomniejszenia macicy, tj. do wzniecenia poronienia i to, albo przez przebicie jaja płodowego zgłębnikiem macicznym i wypuszczenie wody płodowej, drogą naturalną, co się jednak z powodu trudnego dojścia do szyi rzadko udaje, albo należy nakłuć macicę przez tylne sklepienie trójgrańcem i tą drogą wodę płodową wypuścić. Po odpływie wody płodowej macicę należy odprowadzić, poczem zwykle występują skurcze i poronienie. Sposób to ryzykowny, ale jeżeli chodzi o wybór pomiędzy niepomyślnem zejściem, a niebezpiecznym zabiegiem, to nie możemy wahać się ani na chwilę.

A teraz pozostaje mi przedstawić historye choroby naszych trzech przypadków i poczynić pewne uwagi, jakie się wśród obserwacyi nasunęły.

Przypadek I szy. Uwięźnięcie macicy ciężarnej tyłozgiętej z następowem zupełnem odłuszczeniem błony śluzowej i mięsnej pęcherza moczowego. Śmierć z powodu zapalenia otrzewny.

Dnia 24 października z r. przywieziono do kliniki położniczej M. J., l. 39 liczącą ze wsi M. Chora osłabiona bardzo podaje, co następuje: Pierwsza regularność w 18 roku życia, zawsze prawidłowa. Zamężna od 9 lat rodziła 5 razy, porody i połogi były prawidłowe; raz roniła przed 4 laty. Ostatni poród przed 2 laty. Ostatnia regularność przed czterema miesiącami. Przed pięciu tygodniami miała chora podźwignąć ciężką beczkę i wtedy poczuła nagle ból w dolnej okolicy brzucha, który był początkiem obecnej choroby. — Od tego czasu miewała trudność w oddawaniu moczu, czasem wcale nie mogła moczu oddawać tak, że lekarz musiał go cewnikiem wypuszczać, co powtórzyło się kilka razy. — Po każdem odprowadzeniu moczu doznawała silnych bólów w dolnej połowie brzucha i uczucia parcia ku dołowi, stolec był zawsze zaparty i występował zawsze po lawatywie lub środku przeczyszczającym. W ostatnim tygodniu dołączyło się do tych zmian silne obrzmienie okolicy sromowej; chora podała również, że miewa czasem dreszcz i pragnienie.

Badanie przedmiotowe dokonane przez prof. Madurowicza w dniu przyjęcia stwierdziło stan następujący: Osoba woskowo blada, rysy zaostrzone, oczy ślniące zapadnięte, język zupełnie suchy, tętno bardzo szybkie, nikłe, wyżej 120 uderzeń na minutę, liczba oddechów 38 na minutę; ciepłota 39°, kończyny górne i dolne chłodne, zapad. W sutkach czynność zwiększona, brzuch wypuklony, dokoła pępka, wysoko umieszczonego, ślady od przystawionych pijawek, na brzuchu nieliczne blizny porodowe, powłoki brzuszne chude, przez nie zaznaczają się zarysy wzdętych jelit. Za pomocą obmacania stwierdzić można guz wychodzący z miednicy małej, kulisty, sięgający do pępka, o ścianach napiętych dosyć grubych; obmacanie guza i dolnej okolicy brzucha sprawia chorej znaczny ból. Guz jest elastyczny i okazuje wybitne chełbotanie. Odgłos wypukowy nad guzem jest stłumiony, w pachwinach także przytłumiony, nad resztą brzucha wysoko bębenkowy. Cały srom znacznie obrzmiały i zaczerwieniony, cuchnienie znaczne, pochodzące od rozłożonego moczu, na wewnętrznej powierzchni warg większych i mniejszych złogi wypociny szarej, dyfterytycznej, brzegi ujścia cewki moczowej silnie obrzmiałe, pokryte również wypociną szarą, która zatyka wejście do cewki. Wejście do pochwy bardzo szerokie, zasłonięte wypadniętą tylną ścianą pochwy. Pochwa krótka, ściany jej pulchne, ale suchawe i gorące, część pochwowa wysoko ustawiona, przyparta do spojenia łonowego, skrócona, pulchna, ujście stanowi szparę, do której koniec palca wchodzi; sklepienie tylne wypuklone przez guz elastyczny, będący dalszym ciągiem części pochwowej, guz ten więc jest powiększoną macicą. Sklepienie przednie jest szczelinowate, guz w tylnem sklepieniu jest prawie nieruchomy, a ucisk wywarty sprawia chorej ból. Palec wyjęty śluzem cuchnącym okryty. Mocz wypuszczony cewnikiem elastycznym, który wykazuje, że cewka jest wyciągnięta za spojenie łonowe, jest zielonawo żółty, mętny, bardzo cuchnący; pod koniec wychodzi gęsta, ciągnąca się, cuchnąca ropa, zatykająca oczka cewnika. Po wypuszczeniu moczu guz wybadany przez powłoki brzuszne znacznie się zmniejszył i sięga teraz do połowy odstępu między spojeniem łonowem a pępkiem, a odpowiada znacznie zgrubiałemu pęcherzowi wskutek przerostu i nacieku zapalnego w ścianach. Macicę można było wybadać jako opór miękawy za zgrubiałym pęcherzem na kilka ctm. nad spojeniem sięgający, część pochwowa teraz zeszła nieco niżej.

Rozpoznanie: *Incarceratio uteri gravidi, retroflexi. Retentio urinae. Cystitis diphteritica, pericystitis (peritonitis) diphteria vulvae.* Wobec takiego stanu chorej, uwzględniając dalej czas trwania choroby i stopień zboczeń następowych, rokowanie było bardzo wątpliwe, prawie złe.

Przystąpiono teraz do odprowadzenia macicy w sposób, o jakim wyżej mówiłem. Macica bez znacznych trudności dała się wysunąć z tylnego sklepienia, za czem przemawiało i to, że część pochwowa obniżyła się jeszcze więcej i dała się wybadać w osi miednicy. Dno macicy miękkie, ale jędrniejące czasem, sięgało teraz nieco wyżej i do połowy odległości między spojeniem łonowem a pępkiem. Po tym zabiegu chorą ułożono w pozycyi kolankowo-łokciowej, podano lawatywę, środki skrzepiające i ogrzewano kończyny flaszkami gorącemi, wreszcie przez pierwsze trzy dni podawano *laudanum.*

Po dwóch godzinach po lawatywie dwa obfite wypróżnienia, tegoż dnia odprowadzano co cztery godziny mocz, przyczem zauważyłem następujący objaw: Czasem cewnik wchodził bardzo łatwo bez oporu, a mianowicie jeżeli dziobem skierowano go ku górze i na prawo i odprowadzał mocz wprawdzie cuchnący i mętny, ale rzadki (płynny); to znowu cewnik wchodził z trudnością jakby po fałdach dosyć grubych, twardych, nierównych, szorstkich, niby żwirem posypanych i wtedy nie wyprowadzał moczu, lecz z cewnika wydobywała się kropla gęstej ropy, a gdy się cewnik wyciągnęło, w otworach była także ropa i płatki rozłożonej tkaniny. Objaw ten łatwo wytłomaczyć sobie mogłem, ale dopiero po sekcyi zwłok, a w jaki sposób, to w końcu nadmienię. Pęcherz przepłukano ostrożnie pierwszego dnia dwa razy letnim 3% kwasem borowym. Wieczorem tegoż dnia stan ogólny zdaje się nieco lepszy; ciepłota ciała 37°, tętno 132, bólów niema, chora pije rosół, wino, winną zupę, nie wymiotuje, leży na boku lewym z przybliżonemi mocno do brzucha udami. Przez cztery następne dni stan bezgorączkowy, jednak niestosunek tętna, które zawsze jest wyżej 120 uderzeń na minutę. Pęcherz dwa razy dziennie przepłukiwano kwasem borowym, — dyeta płynna, pożywna — *laudanum* wewnętrznie.

Dnia 29/X o godzinie 2 po północy, bez poprzednich bólów, które zdradzałyby skurcze macicy, wystąpiło mierne krwawienie, poczem odpłynęła mierna ilość wód płodowych i urodził się płód 13 ctm. długi, odpowiadający rozwojem płodowi z 3½ miesiąca księżycowego. Po urodzeniu płodu

wystąpił znaczniejszy krwotok, co skłoniło mnie do tego, że wszedłem do pochwy dwoma palcami, a potem do szyi rozwartej, z której sterczało łożysko prawie już oddzielone, a tylko z jamą macicy za pomocą postronka z błon złączone; ruchem kolistym oddzieliłem z wielką łatwością ten postronek, uciskając lekko nad spojeniem i wydobyłem popłód. Krwawienie ustało zupełnie. Pochwę przepłukano kwasem karbolowym $2^1/_2\,{}^0/_0$. Polecono lodowe okłady na dolną okolicę brzucha, a wewnętrznie wino.

Dnia 30/X stan znacznie się pogorszył. Ciepłota 39·7 po dreszczu silnym, tętno 140 nitkowate, sinica, oddech szybki, kończyny chłodne, niepokój, chora uskarża się na ból ciągle trwający w dolnej połowie brzucha, bębnica nieznaczna. Mocz odpływa bezwiednie, nie tak cuchnący, odchody połogowe mierne obfite, różowe, nie cuchnące.

31/X. Stan coraz groźniejszy. Bębnica, wymioty żółciowe, bóle bardzo znaczne w całym brzuchu, kończyny zimne. Ciepłota 39·3, tętno 150. Okłady lodowe dalej, gorące kamionki na odnogi, szampan mrożony wewnętrznie. Po trzech godzinach ciepłota zaczęła spadać aż do 36·7°, tętno niewymacalne prawie, przepuszczające, sinica, pot lepki, znaczne bóle w brzuchu, — wymioty fusowate, w godzinę śmierć.

Sekcya wykonana dnia 1/XI w zakładzie anatomii patologicznej prof. Browicza wykazała: *Pelveoperitonitis purulenta ex cystitide et pericystitide diphteritica. Exfoliatio totius mucosae et muscularis vesicae urinariae, perforationes multiplices vesicae. Vulvitis et vaginitis diphteritica. Pneumonia incipiens pulmonis sinistri lobi inferioris.* Wszystkie te zmiany są naturalnie następstwem uwięźnięcia macicy ciężarnej tyłozgiętej.

Przypadek ten jest z kilku względów ciekawy, to też trzeba na niego zwrócić uwagę. Należy on do tych nielicznych, a znanych w literaturze przypadków, w których nastąpiło zupełne odłuszczenie błony śluzowej i mięsnej pęcherza, o których Skinner mówi, że kończą się zawsze niepomyślnie. Tu należy przypadek Schatza (*Archiv. f. Gyn.* Bd. I, śmierć), Moldenhauera (*Archiv. f. Gyn.* Bd. VI, śmierć), Brandeisa (*Archiv. f. Gyn.* Bd. V, wyzdrowienie), Zweifla (*Lehrbuch der Geburtshilfe,* wyzdrowienie), Madurowicza, (ogłoszony w *Wiener med. Wschrft.* 1877, Nr. 51 i 52, ja-

koteż w „Przeglądzie lek.“ 1877, str. 581, 593, 605, wyzdrowienie), Mefferta (*Inaugural-Dissertation*, Greifswald 1890 wyzdrowienie), Schwytzera (*Archiv. f. Gyn.* Bd. XLI, śmierć). Przy częściowem odłuszczeniu śmiertelność wynosi 23·8% (Skinner). Nie można też pominąć milczeniem okoliczności podniesienia beczki ciężkiej, które było bezpośrednią przyczyną wystąpienia objawów, a to dlatego, że są autorowie, którzy wątpią w możność naglego wystąpienia uwięźnięcia, gdy inni jako przyczynę podają właśnie podnoszenie ciężkich przedmiotów, skakanie, upadnięcie. I my nie sądzimy, aby w tym przypadku w chwili podniesienia beczki miało nastąpić wszystko, ale przecież sprawę już istniejącą, taka nadmierna praca pogorszyć mogła. Dalej trzeba wspomnieć o tem, że choroba trwała długo, jeżeli przez pięć tygodni występowały objawy groźne i że nie starano się o pomoc pewną i skuteczną, lecz zadawalano się odprowadzaniem moczu. Właśnie takie postępowanie, a co za tem idzie, długie trwanie choroby sprowadza w otoczeniu takie zmiany, które kończą się śmiercią dwóch istot; śmierć w tych razach powstaje z powodu zapalenia otrzewny albo wskutek mocznicy, rzadziej wskutek pęknięcia ścian nadmiernie rozciągniętego pęcherza moczowego, częściej za to rozwija się ogólne zapalenie otrzewny w następstwie pęknięcia wrzodu zgorzelinowego w pęcherzu tak, jak to się stało właśnie w naszym przypadku, gdzie nastąpiło przebicie w dwóch miejscach, a co było przyczyną szybkiego zejścia niepomyślnego.

Winckel wspomina o dwóch przypadkach pęknięcia pęcherza z powodu zgorzeli częściowej, stwierdzonych przy sekcyi. Krukenberg zaś w r. 1882 (*Archiv. f. Gyn.*) zebrał 11 przypadków pęknięcia pęcherza i stara się wykazać, że ono nie należy przy uwięźnięciu macicy do rzadkości. — Również jak nasz, niepomyślnie zakończył się przypadek Schatza (*Archiv. f. Gyn.* Bd. I) z powodu tego, że zapóżno pomocy udzielono, jak również z tej samej przyczyny i przypadek Schwytzera (*Archiv. f. Gynaek.* Bd. XLI, H. I. i II), w przypadku zaś Zweifla (*Lehrburch der Geburtshülfe* p. 307

do 309) i Madurowicza (*Wien. med. Wschrft.* i „Przegląd Lek.“) mimo odłuszczenia błony śluzowej, którą wydobyto przez cewkę, nastąpiło wyzdrowienie. W naszym przypadku i to podnieść należy, że mimo przedziurawienia pęcherza w dwóch miejscach mocz przecież nie dostawał się do jamy brzusznej, albowiem już przedtem potworzyły się zlepy między pęcherzem a jelitami cienkiemi. To rzuca światło na sposób, w jaki powstaje wyleczenie, mimo daleko posuniętych zmian, jak to miało miejsce w dwóch znanych w literaturze a jedyny przypadek a mianowicie w przypadku Fraukenhäusera (*Archiv. f. Gyn.* Bd. XII) i przypadku Madurowicza (*Wien. med. Wschrft* 1877 Nr. 51, 52 i „Przegl. Lek.“ 1877, str. 581, 593 i 605), gdzie uległa zgorzeli nietylko błona śluzowa ale mięsna i część otrzewny okrywającej pęcherz, wszystko to zostało wydalone na zewnątrz przez cewkę a mimo to chora wyzdrowiała.

Przypadek ten dotyczył ciężarnej w 19 tygodniu ciąży, u której macicę odprowadzono. W 21 dniu po odprowadzeniu odszedł przez cewkę płat zwinięty 5$^1/_2$ ctm. długi, grubości palca wskazującego. Po rozłożeniu powierzchnia wynosiła 208 ctm. □. Obwód otworu wynosił 44 ctm. Na zewnętrznej stronie widać było dokładnie powierzchnię 6 ctm. szeroką, a 7 ctm. długą, odpowiadającą zmętniałemu płatowi otrzewny. Preparat znajduje się w muzeum anatomii patologicznej.

W naszym przypadku dopiero od chwili poronienia wystąpiły groźniejsze przypady, objawy zapalenia otrzewny, które nawet pozwalały domyślać się, że nastąpiło przedziurawienie. Przyczyną tego rozdarcia zlepów mogło być albo nagłe zmniejszenie się macicy i zmiana położenia, a co za tem idzie, zmiana położenia jelit względem macicy, pęcherza i oderwanie zrostów, albo zabiegi przy wydobyciu łożyska, chociaż z powodu bolesności nie wywierano ucisku żadnego nad spojeniem łonowem, ale nareszcie przebicie nastąpić mogło niezależnie od naszych zabiegów i poronienia, a li tylko jako skutek niszczącego tkanki działania posoki. Nie rozpoznaliśmy też w naszym przypadku całkowitego złuszczenia

błony śluzowej i mięsnej pęcherza, lecz tylko zgorzel błony śluzowej. A czy mogliśmy więcej rozpoznać? Powiedzmy nie! Dopiero sekcya to wykazała. Na przyszłość chcę na jednę wyżej już nadmienioną okoliczność zwrócić uwagę, która mnie uderzyła przy odprowadzeniu moczu cewnikiem, a którą po sekcyi dopiero łatwo mogliśmy sobie wytłomaczyć, t. j. że raz mocz po zaprowadzeniu cewnika wypływał obficie, to znowu nie odpływał zupełnie a natomiast w oczkach cewnika była ropa. Okoliczność tę należałoby na przyszłość wyzyskać w celach rozpoznawczych. Przed sekcyą tłomaczyłem sobie to po prostu zatkaniem otworków cewnika ropą, zaś po sekcyi w ten sposób, że skoro cewnik wszedł pomiędzy oddzieloną torbę a pęcherz, wtedy mocz odpływał. Należałoby na przyszłość w podobnych zdarzeniach przy odprowadzeniu moczu pomyśleć o oddzieleniu się błony śluzowej i mięsnej, która w naszym przypadku jako osobna torba w pęcherzu leżała. Preparat części rodnych wogóle trzew miednicy małej zachowano w muzeum zakładu anatomii patologicznej prof. Browicza.

Na koniec jeszcze krótkie historye choroby przypadków dwóch, z których jeden miał miejsce niedługo po tym, drugi zaś w marcu 1891 r., a które, dzięki wczesnej pomocy, bardzo pomyślnie się zakończyły, — a to w celu porównania wyników leczenia, które w obydwóch przypadkach było bardzo podobne.

Przypadek II. Uwięźnięcie macicy ciężarnej tyłozgiętej. Zapalenie pęcherza moczowego. Odprowadzenie macicy. Wyzdrowienie.

Dnia 26 stycznia b. r. przywieziono do kliniki H. B. lat 36 liczącą, zamężną z W. Wywiady: Miesiączkowała od 17 roku życia prawidłowo. Zamężna od roku. Roniła raz, nie rodziła. Ostatnia regularność z końcem września 1891 r. Przed dwoma tygodniami miała doznać silnego bólu w dolnej części brzucha, temu towarzyszyły dreszcze i gorączka. Od tego czasu doznaje trudności w oddawaniu moczu lub wcale oddać go nie może. Od 4 dni brak stolca, nudności, codziennie dreszcz.

Badanie przedmiotowe: Kobieta blada, objawy zapadu, ciepłota 39·2°, tętno 128. Brzuch wypuklony, nad pachwinami ślady po przystawieniu pijawek. Wypuklenie to pochodzi od guza wychodzącego z miednicy a sięgającego na 2 palce powyżej pępka, elastycznego, napiętego, chełboczącego. Odgłos nad wypukleniem stłumiony, zresztą bębenkowy. Mocz cewnikiem elastycznym w ilości 3 litrów odprowadzony, jest mętny, oddziaływania obojętnego, pod koniec przy odprowadzaniu kilka kropli ropy ze śluzem. Po odprowadzeniu pozostał guz wychodzący z miednicy małej, sięgający 4 palce nad spojeniem łonowem, wychodzący z miednicy małej a odpowiadający macicy powiększonej. Przy obmacaniu brzucha, jak również macicy, doznaje chora znacznego bólu. Zewnętrzne części rodne nie przedstawiają żadnych zboczeń oprócz zasinienia, obrzmienia i suchości. Wejście do pochwy miernie szerokie, ciepłota pochwy podwyższona, błona śluzowa pochwy rozpulchniona, pochwa niezbyt długa, ku sklepieniu tylnemu rozszerzająca się, tylne sklepienie mocno wypuklone, przednie bardzo wąskie, wyciągnięte aż nad spojenie łonowe. Cała jama miednicy małej wypełniona przez guz miękki, gładki, ciastowaty. Posuwając palec za spojeniem łonowem czuć w sklepieniu przedniem szczelinowatem część pochwową na jeden centimetr długą. Ujście drobne tworzy otwór owalny, tylna warga części pochwowej przechodzi na guz. Badanie przez odbytnicę stwierdza mocne wypuklenie przedniej jej ściany. Sutki małe, zrazy gruczołowe nieco wyraźniejsze, za uciskiem wydobywa się klej. Podczas badania odbijanie i czkawka.

Na podstawie tego badania rozpoznano: *Incarceratio uteri gravidi retroflexi. Cystitis.*

26/I. W głębokiej narkozie przystąpiono do odprowadzenia macicy, co się w zupełności powiodło. Guz z tylnego sklepienia po odprowadzeniu znikł, część pochwową można było wybadać w osi miednicy dosyć nisko ustawioną dalszy ciąg macicy można teraz wybadać we wszystkich sklepieniach, najwięcej jednak w przedniem. Chorą ciężarną ułożono po tym zabiegu, gdy przyszła do siebie, na bok, podano lawatywę w celu wywołania wypróżnienia, poczem podano opium.

28/I. Bóle znacznie się zmniejszyły w dolnej części brzucha, wymioty powtórzyły się jeszcze dwa razy, co działaniu chloroformu przypisać należy, tętno 104, ciepło 37°. Wieczorem raz wymioty. Ciepłota 38·8°, tętno 110. Ogólny stan lepszy. Mocz czysty, oddaje sama. Podano opium.

29/I. Rano stan zupełnie dobry. Ciepłota prawidłowa, tętno nieco szybsze do 100 uderzeń na minutę, nawet nudności niema. Wieczorem ciepłota 38·3°, tętno 102. Ogólny stan dobry. Podano odwar lnianego siemienia do popijania.

30/I. Stan chorej zupełnie dobry, bóle się nie powtórzyły, mocz zupełnie czysty, nudności i wymiotów niema, stolec występuje dobrowolnie, stan bezgorączkowy. Badanie przez pochwę wykazuje, że dalszy ciąg macicy jest w sklepieniu przedniem a część pochwowa leży w osi miednicy.

10/II. Chorą zatrzymano w klinice aż do 10 lutego, w którym to dniu jako wyleczona takową opuściła.

Przypadek III. Tyłozgięcie macicy ciężarnej. Zapalenie pęcherza moczowego. Odprowadzenie. Wyzdrowienie.

K. K., lat 33, zamężna z Ż. przywieziona do kliniki dnia 14 marca 1891 r.

Chora podaje, że miesiączkowała od 17 roku życia prawidłowo. Za mąż wyszła przed 10 miesiącami. Ostatnia regularność prawidłowa była w połowie listopada 1890 r., a zatem przed czterema miesiącami. Od miesiąca doznaje pewnych trudności w oddawaniu moczu, od trzech tygodni żauważyła lekkie opuchnięcie nóg. Od trzech dni zaś nie może oddawać ani moczu, ani stolca, przyczem czuje bóle dosyć znaczne w dolnej połowie brzucha; również miała mieć nudności i wymioty.

Badanie przedmiotowe wykazuje stan następujący: Kobieta wzrostu średniego, blada, odżywienie słabe, ciepłota ciała nieznacznie podwyższona, tętno 110. Około kostek lekkie obrzęki. W sutkach czynność podwyższona, przy ucisku klej wycisnąć się daje. Brzuch mocno wypuklony, powłoki napięte, bolesne przy dotykaniu. Wypuklenie to pochodzi od guza, rozszerzającego się na boki, bolesnego przy dotykaniu. Guz ma powierzchnię gładką, ściany cienkie, napięte i okazuje objawy wyraźnego chełbotania, sięga ku górze na szerokość dłoni poniżej wyrostka mieczykowatego, odgłos wypukowy nad guzem stłumiony, nad resztą brzucha bębenkowy. Srom nieco rozwarty, soczysty, wyprzanie w przegubach, przedsionek sinawo-różowy, ujście cewki niewidoczne z powodu wciągnięcia w głąb przedsionka. Cewnik elastyczny założony ostrożnie z trudnością wyprowadził cztery litry moczu wysyconego, w ostatniej porcyi mętnego, zawierającego ślad białka dobrze spostrzegalny. Po odprowadzeniu moczu wypuklenie brzucha znacznie się zmniejszyło, pozozostało tylko pod pępkiem i na prawo. Wypuklenie to pochodzi od guza, okazującego wszystkie cechy macicy powięk-

szonej, jest tylko mało ruchome. Wejście do pochwy miernie szerokie, ściany pochwy pulchne, pochwa długa, część pochwowa umieszczona w wysokości górnego brzegu spojenia łonowego, ujście zewnętrzne przedstawia dołek okrągły, do którego zaledwie koniec palca wchodzi, tylna warga części pochwowej prawie zanikła, przechodzi na guz wypuklający tylne sklepienie aż do wychodu miednicy i zajmujący prawie całą jamę miednicy małej tak, że palce pomiędzy guzem a tylną ścianą spojenia łonowego tylko z trudnością do części pochwowej daje się doprowadzić. Guz dający się wybadać przez pochwę a wypuklający tylne sklepienie jest częścią guza dającego się wybadać przez powłoki nad spojeniem, ma tę samą zbitość i stanowi z nim jednę całość. Badanie przez odbytnicę wykazuje znaczne wypuklenie przedniej jej ściany.

Na podstawie tego badania rozpoznano: *Retroflexio uteri gravidi. Cystitis laevis. Irritatio peritonaei.*

Wobec tego, że objawy nie były zbyt groźne, że zmiany w pęcherzu nie były daleko posunięte, postanowiono użyć leczenia łagodniejszego. Ułożono ciężarną na bok prawy, z mocno do brzucha zbliżonemi udami i zastosowano lawatywę, poczem chora zajęła ułożenie kolankowo-łokciowe, w którem pozostała przez dwie do trzech godzin. Następnego dnia badanie wykazało: stan bezgorączkowy, tętno spokojne, brzuch niebolesny, a badając palcem przez pochwę czuć można, że guz, wypuklający tylne sklepienie znikł zupełnie, część pochwowa w osi miednicy nieco skrócona, dalszy ciąg macicy wyczuwalny we wszystkich sklepieniach, najwięcej w przedniem. Podano opium, polecono spokój i napoje kwaskowate. Chora pozostawała w klinice z powodu tkliwości brzucha nad spojeniem łonowem i lekkiego niedowładu pęcherza przez 10 dni, poczem jako wyleczona opuściła klinikę.

Historye choroby dwóch ostatnich przypadków są, jak mniemam, najwymowniejszym dowodem, że nawet, pomimo objawów uwięźnięcia, zmian w pęcherzu i zadraźnienia otrzewny, jeżeli tylko wcześnie do leczenia przystąpimy, bez wielkich a niebezpiecznych zabiegów cel osiągnąć jesteśmy w stanie, w wielu razach płodowi dalszy pomyślny rozwój zapewniamy, matkę zaś prawie zawsze od niechybnej ratujemy śmierci.

W dyskusyi zabierali głos:

Kol. Mars uważa podobny przypadek za bardzo rzadki, lecz nie zgadza się z wywodami kol. Cerchy co do powstania przedziurawienia pęcherza w opisywanym przypadku, bo skoro ropnie w ścianie pęcherza aż tak daleko się rozszerzyły, to mogły się same każdej chwili bez poronienia otworzyć do jamy brzusznej i nie potrzeba było do tego wpływu kurczów macicy.

Kol. Braun uważa przypadek kol. Cerchy za jeden dowód więcej potwierdzający zdanie Chrobaka, że pochylona ku tyłowi macica, skoro w ciąży uwięźnie, trudniej się sama odprowadza aniżeli kiedy jest zgięta ku tyłowi. W tym ostatnim razie bowiem opiera się szyjką o spojenie łonowe i przez skurcz więzadeł okrągłych i przedniej ściany macicy łatwiej się podniesie do jamy brzusznej niż kiedy jest pochylona, bo wtenczas szyjka jest zwrócona do góry i nie opierając się o spojenie nie przyczynia się do dźwignięcia się macicy. Dlatego idąc za radą Chrobaka należy wcześnie odprowadzić macicę pochyloną ku tyłowi podczas ciąży, zgiętą zaś można zostawić bez odprowadzenia. Nie zgadza się z twierdzeniem kol. Cerchy, jakoby w danym razie uwięźnięcie powstało nagle.

Kol. Bossowski jest zdania, że ropnie prawdopodobnie same się otworzyły do jamy brzusznej i zakaziły otrzewną, podobnie jak się to jemu przydarzyło, gdzie u młodego człowieka wykonał metodą Rydygiera *sectio alta intraperitonealis* i założył do pęcherza cewnik komornem, nie wiedząc, że w cewce moczowej jest ropień. Ropa po cewniku dostała się do pęcherza, zakaziła ranę, wywołała *peritonitis* i śmierć.

Kol. Madurowicz nie sądzi, ażeby skurcze macicy dały powód do pęknięcia ropni, bo pęknąć mógł pęcherz już przez to, że się napełniał i wypróżniał i zapytuje, czy warstwa oddzielona od pęcherza była badana pod mikroskopem.

Kol. Rosner zaznacza, że w tym przypadku to było uderzające, że chora po przyjęciu miała się dobrze, a stan jej pogorszył się dopiero po poronieniu i jest tego zdania, że zabieg wykonany w celu wydobycia łożyska mógł sprowadzić i zapalenie otrzewny, pęknięcie ropni pęcherzowych, gdyż był wykonywany oburęcznie, nie obeszło się więc bez ugniatania powłok brzusznych nad spojeniem.

Kol. Mars i Harajewicz zgadzają się na powyższy wywód.

Kol. Cercha obstaje przy swojem twierdzeniu, że zmniejszenie objętości macicy po poronieniu wobec zlepów między jelitami a pęcherzem mogło sprowadzić pęknięcie ropnia i że pomniejszenie macicy musi wpływać zwłaszcza podczas parcia

rodzącej na zmianę położenia organów brzusznych względem siebie. Co do wywodów kol. Rosnera to nie może wykluczyć aby rękoczyn zestawiony wydobycia łożyska nie mógł dać powodu do pęknięcia ropnia, w danym jednak przypadku wydobycie łożyska, leżącego w szyi było bardzo łatwe, a ugniecenie silniejsze nad spojeniem z powodu napięcia powłok nie mogło być silne.

Nadto kol. Cercha utrzymuje, że w danym razie i skurcze macicy mogły sprowadzić przedziurawienie, boć odprowadzenie macicy było cięższe, aniżeli wydobycie łożyska dwoma palcami, a przecież *peritonitis* powstała po poronieniu, a nie po odprowadzeniu macicy.

Kol. Mars nie zgadza się z mechanicznym wywodem kol. Cerchy, bo choć macica w takim razie zmniejsza się szybko, to nie wywołuje przemieszczenia organów brzusznych względem siebie, bo wszystkie organa po wypróżnieniu macicy, przy zwinięciu się tejże schodzą razem na dół i raczejby przyjął tłomaczenie kol. Przewodniczącego, że napełnianie się i wypróżnianie pęcherza mogło wywołać pęknięcie, aniżeli zwijanie się macicy. Nie zgadza się dalej ze wspomnianem przez kol. Brauna tłomaczeniem Chrobaka, dlaczego częściej tyłozgięcie ustępuje dobrowolnie niż tyłopochylenie; gdyż trzon macicy wchodzi dnem swojem pod promontorium i rozrasta się równocześnie we wszystskich kierunkach, to wskutek tego macica coraz większą częścią wchodzi pod wzgórek kości krzyżowej i sama się nie zwalnia. Przy tyłozgięciu zaś wchodzi macica tylko pewnym odcinkiem dna po pod promontorium, gdy zaś rozrasta się głównie na swej przedniej ścianie, uwięźnienie jej nie jest tak znaczne tylko częściowe i łatwo powstaje *retroflexio partialis*, a z tego powodu może się macica dobrowolnie podnieść do góry.

Kol. Rosner nie zgadza się na wywód kol. Cerchy i twierdzi, że nie można porównywać w danym przypadku doniosłości odprowadzenia macicy z niebezpieczeństwem odklejania łożyska, ponieważ pierwsze miało miejsce tydzień przed drugiem. Przez ten czas flegmona pęcherza postąpiła niewątpliwie, a że choroba ta robi szybkie postępy, dowodzi dopiero co cytowany przez kol. Bossowskiego przypadek, gdzie w tydzień po operacyi na pęcherzu nastąpiło przedziurawienie z powodu flegmony, której podczas oporacyi nie było. Podczas odprowadzenia nie było jeszcze prawdopodobnie tak daleko posuniętej flegmony,, jak w tydzień po tem podczas poronienia, i dlatego podczas odklejenia łożyska łatwiej mogło powstać pęknięcie ropnia pęcherza, niż tydzień przedtem podczas odprowadzenia.

V. Posiedzenie z dnia 11 kwietnia 1892 r.

Przewodniczący Prof. Dr. M. Madurowicz. — Obecnych członków 12.

Porządek dzienny:

1) Odczytanie protokółu z ostatniego posiedzenia.

2) Kol. Przewodniczący przedstawia na członków czynnych Towarzystwa Drów Kośmińskiego i Zolla.

3) Kol. Harajewicz opowiedział:

„Przypadek poronienia przewlekłego, leczony metodą Apostoli'ego.“

W Nrze 46 „Gazety lekarskiej“ z listopada 1891 roku umieścił kol. Wygodzki pracę, odnoszącą się do leczenia włókniaków i mięśniaków macicy za pomocą metody Apostoli'ego. Opisane 2 przypadki urodzonych guzów podśluzowych, za pośrednictwem prądu stałego, są w każdym razie bardzo ciekawemi, szczególniej z uwagi, że postępowanie to natrafia na dosyć ostrą krytykę. Sczególniej Schaeffer i Broese występują przeciwko leczeniu elektrycznością guzów podśluzowych, uważając nawet tę okoliczność za przeciwwskazanie do stosowania prądu. W kwestyi tej jednak, ma niezaprzeczenie swoje ważne znaczenie szczegół, podany przez autora, że działanie biegunów czynnych, z różnorodnyoh materyałów wykonanych, jest odmiennem co do wydatności skutku. Publikacyę swoją kończy autor wzmianką: „widząc prędkość i łatwość, z jaką macica pod działaniem elektryczności rodzi zawarte w niej guzy, mimowoli przychodzi na myśl, czyby nie można było skorzystać z tego działania w przypadkach poronień przewlekłych, lub nawet w zwyczajnych poronieniach“.

Niezmiernie rad jestem, że mogę tutaj chociaż częściowo na to pytanie odpowiedzieć, a to opisem przypadku, jaki w mej prywatnej praktyce miałem sposobność leczyć. Uważałem to za zbyt drobną rzecz, aby miała zasługiwać na ogłoszenie, przeczytana jednak później praca kol. Wygodzkiego skłoniła mnie do podzielenia się tą wiadomością z ogółem kolegów.

W początku grudnia ubiegłego roku wezwanym zostałem do miasteczka, o mil kilka od Krakowa położonego, do chorej, która od dłuższego czasu ma cierpieć na silne krwotoki z macicy i czuje się bardzo osłabioną. Chorą znalazłem w istocie w stanie znacznego upadku sił, bezkrwistą, ale nie skarżącą się na żadne wybitne dolegliwości. Po zbadaniu chorej przyszedłem do przekonania, że mam do czynienia najprawdopodobniej z przewlekłem poronieniem lub następstwami jego. Macica okazała się powiększoną do objętości sporej gruszki, szczególniej w trzonie. Część pochwowa twarda, kanał szyi wąski, w sklepieniu prawem guzik wielkości orzecha tureckiego, twardy, bolesny, odpowiadający powiększonemu jajnikowi. Ponieważ stan chorej nie zagrażał jeszcze niebezpieczeństwem, bo odpływ krwi wodnistej nie był obfitym, a stan części pochwowej i kanału tejże, jak wyżej wspomniałem, nie ułatwiał żadnej operacyi, mającej na celu opróżnienie macicy, wstrzymalem się od wykonania operacyi, a zaleciłem spokojne leżenie w łóżku, używanie przepisanego wyciągu sporyszowego w dawce 4:200 (co godz. łyżkę), okład wysychający na brzuch, przestrzykiwanie pochwy rozcieńczonym kwasem drzewnym, a dla ogólnego wzmocnienia: *tincturam ferri acetici aethercam* w zwykłych dawkach. Poleciłem nadto chorej, aby po ustaniu krwawienia i po nabraniu lepszych sił przybyła do mnie, w celu przeprowadzenia kuracyi radykalnej. Chora przystała na to z chęcią. Istotnie dnia 15 grudnia 1891 roku miałem sposobność zbadać po raz drugi pacyentkę. Wywiady następujące: K. S., lat 34, żona pisarza, zamężna od lat 11, osoba dobrze zbudowana i odżywiana. Dziedzicznie nie obciążona, nie przebywała żadnej cięższej choroby. Rodziła 6 razy, 4 razy w prawidłowym końcu ciąży, 2 razy przedwcześnie. Co do tych ostatnich porodów, nie może sobie chora dokładnie przypomnieć, czy zaszła jakaś szczególna przyczyna, przerywająca przebieg ciąży. Po pierwszym przedwczesnym porodzie przed 5-ciu laty był silny krwotok, który jednak nie pociągnął za sobą żadnych ujemnych następstw. Ostatni poród przed $1^1/_2$ rokiem odbył się na czasie i prawidłowo. W połogu nie chorowała. Miesiączkowała od 19 roku życia. Po pierwszem pokazaniu się miesiączki, ta nie występowała przez cały rok, poczem odbywała się zupełnie prawidłowo, bez żadnych boleści lub osłabienia. Ostatnie miesiączkowanie przed chorobą było w czerwcu 1891 r., poczem w lipcu i sierpniu nie pojawiło się wcale, dopiero we wrześniu w czasie na nie przypadającym. Po ukończeniu jednak zwykłego czasu miesiączkowania, t. j. 4 dni, krwawienie nie ustało i chociaż nieobfite trwało przez cały prawie miesiąc. Boleści ani kurczów żadnych chora przy tem nie doznawała. Wreszcie na kilka

dni krwotok ustał. W październiku znowu pokazała się miesiączka, po ukończeniu której w dwa dni wystąpiło gwałtowne krwawienie ze skrzepami, trwające 4 godziny. Wśród tego odeszła pełna miednica krwi. Boleści również nie było. W skrzepach i kawałkach wydalonych nie znaleziono żadnych części, któreby wskazywały na poronienie. Odtąd, chociaż skąpo, ale ciągle krew odpływała. W grudniu znowu przyszło miesiączkowanie, gdy chorą odwiedziłem. Wśród spokojnego zachowania się od dnia 9 grudnia krwawienie ustało, a wystąpiło znowu 14 t. m. Upławów białych, ani żółtych chora nigdy nie zauważyła. Obecnie skarży się na ból w boku prawym, z powodu którego chora chodzi skulona. Mocz i stolec prawidłowe, łaknienie dobre.

Badanie narządów oddechowych i trawienia nic nieprawidłowego nie wykazuje; w narządzie krążenia — niedokrwistość.

Miejscowo przez powłoki brzuszne można wyczuć na dwa palce nad spojeniem łonowem guz, wielkości sporej gruszki, odpowiadający trzonowi powiększonej macicy, twardej, gładkiej, bardzo mało na nagniatanie czułej.

Wejście do pochwy szerokie, ściany pochwy wiotkie, pofałdowane. Część pochwowa przerosła, gruba, twarda. Ujście zewnętrzne macicy tworzy wąską szparę o brzegach nieco wywiniętych. Do ujścia nie można końca palca wprowadzić. W sklepieniu przedniem ciało powiększonej macicy wydłużone, ku przodowi pochylone, w dnie samem w kształcie kuli zgrubiałe. W prawem sklepieniu jajnik powiększony do wielkości orzecha tureckiego, twardy, mało ruchomy i nieco bolesny. Reszta sklepień bolesna. Z ujścia zewnętrznego wydobywa się ciecz krwawa w niewielkiej ilości. Na podstawie tego badania rozpoznałem: *probabiliter retentio placentae post abortum, sequente metro-et menorrhagia. Perioophoritis dextra. Anaemia.*

Stan wyżej opisany, oprócz wzmocnienia sił chorej, nie różnił się w niczem od tego stanu, w jakim ją zastałem w domu przed dwoma prawie tygodniami. Widocznie więc przepisane środki tylko wśród absolutnego spokoju zdołały krwawienie powstrzymać.

Nierozstrzygniętem zaś właściwie miałem pytanie, czy w macicy znachodzi się jeszcze jakaś pozostała część jaja płodowego, czy też tylko zmiany anatomiczne następcze w błonie śluzowej, które dały powód do krwawienia. Za pierwszem przemawiał kulisty kształt dna macicy i twardość jego kurczowa; za drugiem — brak dodatniego skutku z podawanych leków, gdyż gdy tylko chora łóżko opuściła, krwawienie na nowo się rozpoczęło.

Ponieważ w braku przeciwwskazań uważałem ten przypadek za bardzo dobrze kwalifikujący się do leczenia prądem stałym, przypuszczałem bowiem, że prąd stały albo ułatwi wydalenie części w macicy pozostałych, pobudziwszy ją do energicznego kurczenia się, albo usunie zmiany zapalne, zniszczywszy biegunem dodatnim błonę śluzową i krwotok zatamuje. Przeto na tem samem posiedzeniu zastosowałem biegun dodatni do macicy pod postacią platynowego zgłębnika. Zabieg ten poprzedziłem bardzo dokładnem zdezynfekowaniem pochwy i sklepień za pomocą roztworu sublimatu 1:1000. Zgłębnik, bez natrafienia na jakąkolwiek przeszkodę, wszedł na 11 ctm. w głąb do jamy macicy. Zwiększając wolno, ale ciągle nasilenie prądu, z baczną uwagą na pacyentkę, byłem w stanie bez żadnego odczynu z jej strony doprowadzić do + 150 *M. A.* Po 5 minutowem trwaniu działania prądu, powoli doprowadziłem do 0, poczem nie tylko że chora nie uskarżała się na żadne dolegliwości, ale zauważyła nawet, że ból, którego pierwej doznawała w boku prawym, ustąpił zupełnie. Na wszelki przypadek, aby uniknąć zarzutu, że zaraz za pierwszym razem tak silny prąd zastosowałem, nadmienić muszę, że uczyniłem to z dwóch powodów: 1-o że nasilenie prądu reguluję według potrzeby, jaką dla cierpienia danego uważam za stosowną i według tolerancyi chorej; 2-o że w danych pomyślnych okolicznościach chciałem od razu i dokładnie za pomocą własności dezynfekcyjnych i ściągających bieguna dodatniego, zdezynfekować wnętrze i pobudzić do skurczenia mięśnie macicy. Skutek świadczy najlepiej o słuszności zabiegu. Przez następne 3 dni, t. j. do 18 grudnia, nie było żadnych boleści, a pomimo że krwawe odchody utrzymywały się jeszcze, chora czuła się znacznie swobodniejszą i zdrowszą.

18/XII. Nim przystąpiłem do elektryzacyi, badałem chorą wewnętrznie, przyczem zaraz z początku z ujścia zewnętrznego wypadło do pochwy jakieś ciało, wielkości jaja gołębiego; chora nie uczuła tego zupełnie. Natychmiast wydobyłem to z pochwy, a oglądanie już samo dozwalało rozpoznać utkanie łożyskowe, co badanie drobnowidowe, później przedsięwzięte, potwierdziło. Dalej badając, przekonałem się, że macica jest zupełnie niebolesną, większą niż była dawniej a zgłębnik wchodzi na 8 ctm., w tej odległości dna macicy dosięgając. Tegoż dnia zastosowałem jeszcze 120 *M. A.* +, aby zdezynfekować i znowu pobudzić do ściągnięcia się mięsień macicy. Nasilenie to prądu zniosła chora również dobrze, jak poprzednie. Ponieważ chora od tego czasu nie zauważyła więcej krwawienia i ból żaden nie dał się uczuwać, przeto odjechała do domu.

29/I wróciła raz jeszcze na moje żądanie; chciałem się bowiem osobiście i dokładnie przekonać o jej stanie zdrowia, i skonstatowałem przytem, że macica wróciła do prawidłowej wielkości, guz w prawem sklepieniu zmniejszył się znacznie i okazał się mniej bolesnym, tylko umieszczonym niżej, niż prawidłowo jajnik znajdować się winien i więcej ku tyłowi. Ponieważ przyczyną powiększenia i pomieszczenia tego narządu były złogi pozapalne, które sprawiały ból, jeszcze nieco dający się uczuwać, przeto zapisałem do używania w domu gałki jodowe. Według zasięgniętych następnie wiadomości, pacyentka czuje się zupełnie zdrową i bez przeszkody oddaje się pracy domowej.

Nie mam wcale zamiaru z tego jednego przypadku wysnuwać zbyt daleko idących wniosków, sądzę jednakże, że tego rodzaju leczenie, gdzie tylko ono jest dla chorych dostępnem, ma swoje niezaprzeczone zalety. W omawianym przypadku, zanim do chorej zostałem wezwanym, lekarz miejscowy używał już wszelkich środków aptecznych, mających na celu oswobodzenie jamy macicy od nieprawidłowej zawartości i wstrzymanie krwotoków. Sam następnie na razie przepisałem silniejszy wyciąg sporyszu i leki wzmacniające i podniecające, ale z jakim skutkiem, to przytoczony przebieg choroby najlepiej wskazuje.

W danym więc razie, gdy chora do mnie przybyła, należało albo drogą operacyjną opróżnić macicę, albo prądem elektrycznym pobudzić ją do samoistnego wydalenia szkodliwych pozostałości po poronieniu.

Operacya, t. j. wyłyżeczkowanie wewnętrznej powierzchni macicy, pociąga za sobą nieodzownie takie same zabiegi przygotowawcze i taką samą pielęgnacyę pooperacyjną, jak wiele innych trudnych rękoczynów na układzie rodnym wykonywanych, w tym bowiem względzie i własnem doświadczeniem nauczony i według zapatrywania wielu skrupulatnych autorów, mógłbym się zgodzić tylko na sposób, używany przez Leopold'a, który, uważając łyżeczkowanie za bardzo poważny zabieg, przygotowuje doń chorą z taką ostrożnością i drobiazgowem niemal przestrzeganiem antyseptyki i aseptyki, jak tego wymaga w całem znaczeniu słowa nieobojętna dla ustroju operacya. W uśpieniu zatem,

po aseptycznem, o ile tylko możności, rozszerzeniu szyi, zdezynfekowaniu wnętrza macicy, następuje wyłyżeczkowanie, wypłukanie i na koniec bardzo delikatne posmarowanie rannej powierzchni tamponem słabo tylko przesiąkniętym rozczynem półtora chlorku żelaza.

Aby więc tych wszystkich żmudnych i czasu dużo zabierających zabiegów uniknąć i nie narażać chorej na możliwe złe następstwa operacyi, których wykluczyć napewno nie można, zastosowałem bez żadnego niebezpieczeństwa prąd stały z biegunem dodatnim do macicy. Sposób ten leczenia, oprócz koniecznego, a prawie powiedzieć można, przymusowego zdezynfekowania pochwy, sklepień i części pochwowej, ułatwia dalszy zabieg, czyniąc zbytecznemi dalsze opisane wyżej manipulacye, raz z powodu własności niszczenia drobnych organizmów szkodliwych, jaką w wysokim stopniu posiada biegun dodatni, powtóre, że zgłębnik grubości 2 do 3 milimetrów daje się wprowadzić bez potrzeby rozszerzenia poprzedniego, nawet do wązkich kanałów szyi. Działanie zaś zwężające naczynia krwionośne i ścinające krew, wyklucza konieczność i nawet potrzebę następczego używania środków aptecznych, dla zatamowania krwotoku.

Szybki i dodatni skutek wyżej opisanego zabiegu sam za nim najlepiej przemawia, ale też niezbędnemi są i dalsze na tem polu spostrzeżenia, których lekarze, metodę Apostoli'ego mający w użyciu, nie powinni milczeniem pomijać.

W dyskusyi zabierali głos:

Kol. Przewodniczący, który nie może tego przypadku uważać za wyleczonego elektrycznością, bo były stosowane i inne środki, a ze względów praktycznych nie uważa tej metody za wygodną dla lekarza praktycznego.

Kol. Mars nie widzi dowodu w tym przypadku, aby pomogła elektryczność, gdyż były obok tego stosowane środki, jak sporysz, a skurcz macicy wywołany prądem mógł działać zaledwie parę godzin. W danym razie mogło przez wprowadzenie sondy łatwo przyjść do zakażenia, bo kawałek łożyska otrzymany był mocno cuchnący, a sondę wprowadzoną obracano i można było sprowadzić zakażenie.

Łyżeczkowanie wedle kol. Marsa stoi o tyle wyżej od elektryzowania, że pewniej można usunąć resztki z macicy, niż

przez elektryzowanie, a przy tem antiseptyka da się łatwiej przeprowadzić, niż przy elektryzowaniu, zresztą przygotowanie nie jest większe do łyżeczkowania, jak do elektryzowania.

Kol. Rosner sądzi, że elektryzowanie będzie mieć mogło te same prawa co łyżeczkowanie, jeżeli będzie rozpoznanie pewne. Gdy się łyżeczkuje, to, czy będzie w macicy reszta łożyska, czy n. p. *endometritis tuberosa* jako przyczyna krwawień, czego często przed zabiegiem nie wiemy, to łyżeczkowaniem usuwamy sprawę chorobową, podczas gdy elektryzowanie nie poskutkuje, jeżeli będzie *endometritis*, jeżeli działanie prądu polega na wywoływaniu skurczów macicy, skutkiem których resztki popłodu zostają wydalone.

Kol. Braun nie uważa łyżeczkowania za zabieg tak niebezpieczny, gdyż łyżeczkował w sześciu przypadkach we wczesnych dniach połogu w przebiegu gorączki połogowej i nie miał żadnych powikłań. Nie zgadza się dalej z radą kol. Harajewicza, aby smarować wnętrze macicy sześciochlorkiem żelaza, gdyż tworzą się strupy, mogące dać powód do zakażenia, a radzi nanatomiast wytrzeć wnętrze macicy po łyżeczkowaniu mocnym roztczynem alkoholowym karbolu.

Kol. Harajewicz odpowiada kol. Rosnerowi, że elektryzowanie może przez *elektrolysis* w *endometritis tuberosa* zniszczyć *tubera*. Nie sądzi wcale, aby elektryzowanie miało wyrugować łyżeczkowanie, lecz nadaje się do pewnych danych przypadków, w których elektryzowanie będzie łagodniejszym środkiem, niż łyżeczkowanie.

Co do antiseptyki, prąd o sile 100 miliamperów może według Prochownicka zniszczyć istoty chorobowo-twórcze.

Kol. Mars sądzi, że elektryczność może działać antiseptycznie na tkaninę między biegunami w postaci stożka i to na jednej tylko ścianie macicy, gdy n. p. tylna ściana macicy przez którą nie przechodzi prąd, może zostać tem działaniem nietkniętą.

Kol. Harajewicz twierdzi, że prąd elektryczny niszczy mikroorganizmy, bo przy elektryzowaniu wytwarzają się kwasy, które mogą zabić prątki, a przytem macica obkurcza się około sondy, przez co kwasy stykają się z całem wnętrzem macicy.

Kol. Mars uważa dowód kol. Harajewicza za niedostateczny, bo brakuje doświadczeń bakteriologicznych nad odchodami, gdzie prąd był stosowany.

Kol. Obaliński radzi przedsiębrać doświadczenie na zwierzętach.

Kol. Bossowski twierdzi, że jeżeli prąd stały nie zabija zarodników wąglika, to można go nazwać jedynie środkiem

antiseptycznym a nie dezynfekcyjnym. Środków zaś antiseptycznych znamy bardzo wiele, do nich należy również i rozczyn chininy, którego atoli nikt nie używa w walce z bakteryami. Przy zastosowaniu elektrolizy w chirurgii niejednokrotnie miał sposobność spostrzegać, że przy tej sile prądu, który już wywoływał nekrozę tkanki, bakterye zachowały zupełną żywotność.

Kol. Harajewicz dodaje, że Apostoli wykazał, że prąd o 300 miliamp. zabija wszystkie bakterye, nawet zarodniki wąglika.

VI. Posiedzenie z dnia 20. czerwca 1892 r.

Przewodniczący Prof. dr. M. Madurowicz. — Obecnych członków: 11.

Porządek dzienny:

1) Odczytanie protokółu.

2) Kol. Zoll i Kośmiński zostali jednogłośnie wybrani członkami czynnymi Towarzystwa.

3) Kol. Prof. Browicz przedstawił następujące preparaty anatomiczne:

a) preparat pochodzący z kobiety 50-letniej, u której trąbka lewa jest pozrastana z macicą, pokręcona i wskutek tego niedrożna; w prawej zaś trąbce w środkowej części na długość koło 2 ctm. trąbka w kształcie stałego postronka tak zmieniona, że między oboma odcinkami zupełnie łączność przerwana, przyczem ujście brzuszne trąbki utrzymane i zupełnie prawidłowe. Obie trąbki były nieczynne, bo obie są niedrożne, prawa wskutek częściowego wrodzonego braku przewodu, lewa wskutek zaciśnięcia przez zrosty nabyte.

b) preparat przedstawiony dawniej przez Kol. Cerchę, okazuje zmiany pęcherza moczowego wskutek uwięźnięcia ciężarnej macicy.

W tym przypadkn była podwójna przyczyna śmierci, raz skręcenie (*torsio*) jelita cienkiego, z następowem zapaleniem otrzewny, a oprócz tego ostra sprawa zapalna w pęcherzu, powstała wskutek uwięźnięcia macicy ciężarnej. Na błonie śluzowej pęcherza przyszło do pseudodyfteryi, która tak dalece postąpiła, że ściana pęcherza rozłazi się w strzępy.

c) W trzecim przypadku, który Kol. Browicz okazał, istniało w dnie macicy zapalenie ropne i typowa *endometritis purulenta*, w żyłach macicy były skrzepy na pozór czyste, a zapalenia otrzewny nie było. W przypadku niniejszym w toku

sprawy ropnej w macicy, powstała fragmentacya mięśnia sercowego, a wskutek osłabienia tym sposobem czynności serca i zmiany krwi, towarzyszącej zwykle zapaleniu ropnemu, wywiązały się warunki, które sprowadziły wytworzenie się skrzepów w zatoce sierpowatej i jej żyłach dopływowych, a w następstwie tego krwotoki do opon mózgowych i mózgu samego, a oprócz tego liczne skrzepy w rozgałęzieniach tętnicy płucnej. Nadto u osoby tej znaleziono ognisko gruźlicze w płucach i gruźlicę gruczołów chłonnczych.

Kol. Madurowicz zaznacza, że nie jest pewny, czy ta częściowa niedrożność trąbki prawej jest wrodzona, czy nabyta. W ostatnim razie nie byłoby to rzeczą rzadką, gdyż wydarza się to po sprawach zapalnych i po podwiązaniu trąbki.

Kol. Kohn opowiada, że czytał, iż wskutek uwięźnięcia macicy ciężarnej przyszło do obumarcia kiszki ślepej, co było przyczyną śmierci. Może i tu w drugim przypadku Prof. Browicza skręcenie jelita cienkiego wywołała zmiana pierwotna macicy, on sam widział jeden przypadek uwięźnięcia macicy, gdzie stan był bardzo groźny i tętno liche i nagłe się polepszyło. Rozpoznano skręcenie jelita, które dobrowolnie ustąpiło, badanie wykazało czteromiesięczną ciążę. Macica była zniekształcona przez wypocinę około niej się znajdującą, prawdopodobnie więc pozostały potem zrosty i te mogły dać powód do niedrożności jelita. Przypadek ten zakończył się pomyślnie. Przypadek przedstawiony przez kol. Browicza jest ciekawy. Co do przypadku ubytku trąbki, sądzi że zanik lub zniekształcenie trąbki z powodów przytoczonych przez kol. Madurowicza wyglądałby tak samo, jak wada wrodzona, za którą ten brak kol. Browicz przyjmuje.

Kol. Cercha sądzi, że gdyby zmiana w trąbce prawej była następstwem sprawy zapalnej, to otrzewna w miejscu zmiany byłaby zgrubiała, a nie tak cienka, jak jest.

Kol. Mars nie przypomina sobie z literatury podobnego przypadku częściowego braku trąbki jako wady rozwojowej, a jest przekonany, że w niniejszym przypadku jest to wada rozwojowa, bo nie ma śladów sprawy zapalnej, a choćby mikroskop stwierdził otwór w trąbce, toby to jeszcze nie dowodziło, jakoby to nie było wadą rozwojową. Przypadek ten ma znaczenie w położnictwie, bo mogło przyjść do ciąży trąbkowej w odcinku jej zewnętrznym i następowego pęknięcia trąbki.

Kol. Browicz sądzi, że jest to wada rozwojowa, bo wszystko za tem przemawia, a mianowicie brak wszelkich zmian w otrzewny otaczającej, któreby jedynie mogły być przyczyną tej nieprawidłowości jako stanu nabytego.

Kol. Mars pyta, czy skrzepy w trzecim przypadku były septyczne.

Kol. Browicz odpowiada, że nie.

Kol. Mars zapytuje, w jakich przypadkach powstaje fragmentacya serca.

Kol. Browicz: W ostrych chorobach zakaźnych, chronicznych i chorobach mózgu. Fragmentacya w przedstawionym przypadku, ułatwiła powstanie skrzepów. Ciekawe byłyby wywiady co do trzeciego przypadku.

Kol. Kośmiński odczytuje przebieg choroby drugiego przypadku: K. K. lat 35, żona wyrobnika z Krzysztoforzyc, przyjęta na oddział położniczy szpitala św. Łazarza 18 maja 1892, opowiada, że ostatnią regularność miała przed 4-a miesiącami, od kilku tygodni ma utrudnione oddawanie moczu i stolca, od 7 dni wcale moczu oddać nie może, a od 5 dni ani stolca, ani wiatrów nie oddała, w ostatnich dniach boleści dołem i w krzyżach znaczne, osłabienie, nudności i wymioty ciągłe.

Badanie wykazało: ciepłota ciała niepodniesiona, tętno drobne, powłoki brzuszne nad spojeniem łonowem obrzękłe, brzuch sam rozdęty i bolesny, wypuk od spojenia łonowego do pępka stłumiony. Wypuszczono cewnikiem 2 litry moczu ciemno krwawo zabarwionego, cuchnącego, przez badanie wewnętrzne można wykazać część pochwową ku przodowi, dość grubą z ujściem poprzecznem, wrębami otoczonem, trzon wielkości główki noworodka, zwrócony ku tyłowi.

Rozpoznano: *Retroversio uteri gravidi incarcerata — Cystitis exfoliativa — Peritonitis.*

18. Podano lewatywę, i odprowadzono macicę, poczem założono tampon z gliceryną.

19. V. Poronienie nastąpiło, popłód wydzielono sztucznie i wytamponowano gazą jodoformową jamę macicy. Mimo to nudności i wymioty trwają ciągle, tętno coraz szybsze, drobniejsze i chora umiera 20. V.

Sekcya wykazała: *Incarceratio uteri gravidi, Cystitis pseudo — diphteritica, Peri — et paracystitis, Peritonitis fibrinoso -- haemorrhagica, Haemorrhagia parietis intestini jejuni propter torsionem ad radicem mesenterii. Oedema pulmonum, Degeneratio adiposa musculi cordis et renum.*

Kol. Mars widział często przypadki tyłopochylenia macicy ciężarnej, lecz najczęściej macica się sama dobrowolnie podnosiła. Do przytrzymania tyłopochylonej macicy w miednicy małej, przyczynić się może nagromadzenie kału w *S romanum.*

Kol. Kośmiński odczytuje historyą choroby trzeciego

przypadku: E. J. lat 30, żona wyrobnika z Kopanki, 7. maja na oddział położniczy szpitala św. Łazarza przyjęta podaje: że rodziła 3-ci raz przed 24 godzinami, poprzednie dwa porody były prawidłowe, po ostatnim porodzie, łożysko się jeszcze do tego czasu nie wydzieliło, w drodze do szpitala był dwukrotnie dość silny krwotok.

W szpitalu stwierdzono u osoby niedokrewnej w znacznym stopniu częściowe uwięźnięcie łożyska, które w narkozie chloroformowej usunięto, przyczem stwierdzono, że łożysko jest połączone z macicą za pomocą grubych, twardych postronków, które rozgniatano między palcami i częściowo w macicy zostawiono. Przepłukano macicę 5% kwasem karbolowym. — Gdy przez pierwsze 6 dni były odchody cuchnące i ciepłota podniesioną, wyskrobano 17/V macicę, wydobyto sporą ilość strzępów cuchnących i wytamponowano gazą jodoformową.

Mimo to ciepłota podniesiona, tętno przyspieszone, upadek sił znaczny, nieprzytomność i niepokój, a 20/V chora umarła.

Sekcya wykazała: *Endometritis septica, Metrophlebitis purulenta Embolia arter. pulm., Pleuropneumonia crouposa in stadio hepat. rub. lob. inf. dext.* — *Oedema pulmonum* — *Fragmentatio musculi cordis* — *trombus sinus longitudinalis, Encephalomalacia lob. front. dextri et sinistr.* — *Degeneratio adiposa cord. renum hepatis,* — *Degeneratio caseosa glandul. bronchial. et retroperitonealium.*

Kol. Mars tłómaczy sobie ten ostatni przypadek w ten sposób, że pierwotnie było zatrzymanie łożyska a później *endometritis purulenta* — potem nastąpiła *thrombosis,* reszta zaś przebiegu odpowiada posocznicy, zaczem przemawia zawsze powiększenie śledziony. Gorączka trwała przed i po łyżeczkowaniu — łyżeczkowanie nic nie pomogło. Pytanie zachodzi jak tu skrzepy powstały i dla czego.

Kol. Browicz odpowiada, że aby skrzepy powstały, musi być zmiana we krwi i zwolnienie prądu krwi, tu była leukocytoza i zwolnienie akcyi serca.

Kol. Mars przytacza przypadek, gdzie obok *thrombosis* i *embolii* w mózgu była i *thrombosis acter. brachialis* i kończyna ta była zupełnie chłodną.

VII. Posiedzenie z dnia 27 czerwca 1892.

Przewodniczący: Prof. Madurowicz. — Obecnych członków: 19.

Porządek dzienny:

1) Odczytanie protokółu.

2) Kol. Rosner przedstawił chorą z kliniki położniczo-ginekologicznej.

Chora B. A. lat 23, zamężna z Osielca podaje, że zaczęła miesiączkować w 16 roku życia, regularność odbywała się prawidłowo, od 2 lat zamężna, nie roniła ani nie rodziła, od 5 miesięcy nie ma regularności, od 1 $^1/_2$ miesiąca czuje ruchy płodowe. Przed 6 miesięcami zauważyła guzek w szparze sromowej, który się szybko powiększał. Na guz stawiano 5 razy po 20 pijawek, poczem bywał zwykle znaczniejszy krwotok. Od miesiąca czuje w miejscu guza ból; upławów nie ma, mocz i stolce oddaje prawidłowo.

Badanie wykazuje: U kobiety w 6 miesiącu ciąży będącej, widać w szparze sromowej guz wielkości pięści, który wychodzi z napletka łechtaczki i w postaci fartuszka zwiesza się ku dołowi zasłaniając szparę sromową. Guz składa się z dwóch części, z których prawa znacznie większa od lewej, oddzielone są od siebie głębokim rowkiem. Guz pokryty jest po stronie zewnętrznej skórą suchą i grubą, na której widać guzkowate wyniosłości różnej wielkości, po stronie wewnętrznej zaś pokryty jest mocno zaczerwienioną gładką i cienką skórą. Jest on osadzony na szerokiej szypule zajmującej cały napletek łechtaczki i dlatego z łatwością da się podnieść do góry. Wargi duże mniejsze, aczkolwiek obrzękłe surowiczo, nie są dotknięte sprawą nowotworową.

Rozpoznanie waha się między *fibroma pendulum* a *elephantiasis fibromatosa praeputii clitoridis.*

W dyskusyi zabiera głos kol. Mars i radzi chorą dać odfotografować.

Kol. Przewodniczący, dodaje, że chorą tę badał i znalazł, że jest w 6 miesiącu ciąży. Część pochwowa stożkowata rozpulchniona, a główka nisko umieszczona między próżnią a wychodem; na zapytanie miała chora mówić, że guza przed ciążą nie było widać, że rozwój tego guza jest w związku z ciążą. Zachodzi pytanie, czy guz ten nie będzie przeszkodą w porodzie i co robić należy. Ponieważ główka jest w próżni miednicy blisko wychodu, szpara sromowa wolna, a guz daje się łatwo podnieść do góry, jest zdania, że tu nie będzie przeszkody porodowej, że więc można czekać na poród dobrowolny i nieoperować przed porodem. Co do rozpoznania, sądzi, że to jest *elephantiasis,* bo twardość tumoru nie jest wielka.

Kol. Kohn nie radzi czekać jeszcze 3 miesięcy, bo choć główka leży nisko, to skutkiem operacyi nie musi przyjść do porodu przedwczesnego. Jeżeli będziemy czekać, sprawa chorobowa przejdzie dalej a w końcu może się stać przeszkodą porodową. Operując zaraz usuwamy chorobę a do porodu nie musi przyjść, bo wiele operacyi robi się podczas ciąży, a do

porodu nie przychodzi. Co do rozpoznania jest zdania, że to jest *fibroma*, zaczemby przemawiała twardość guza i jego usadowienie na szypule, choć na pewno tylko mikroskop rozstrzygnąć może.

Kol. Rosner podnosi, że europejska *elephantiasis* pochodzi najczęściej wskutek dłuższego drażnienia skóry w jakikolwiek sposób n. p. przez wyprysk, różę etc. Dobrowolna *elephantiasis* sromu kobiecego jest rzadkością. W danym przypadku nie ma żadnego przyczynowego punktu, któryby mógł dać powód do przypuszczenia iż było drażnienie skóry. Byłaby to ta rzadka forma *elephantiasis* dobrowolnej. Szypuła jest szeroka i świadczy, że choroba rozpoczęła się od razu na całej łechtaczce a nie w jednem miejscu. Obrzęknienie warg może pochodzić z ucisku żył skóry przez tumor.

Kol. Obaliński zgadza się ze zdaniem kol. Przewodniczącego, aby operować dopiero po porodzie, gdyż rana po *elephantiasis* nie goi się doraźnie choćby była zeszytą. Łatwo zatem w razie porodu przedwczesnego może nastąpić zakażenie rany. Z czasem szypuła stanie się dłuższą i tem łatwiej guz da się ku górze odwinąć. Co do rozpoznania, to jest to według zdania kol. Obalińskiego *elephantiasis*, która się często zdarza na częściach rodnych u kobiet i u mężczyzn. Na jednym ze zjazdów lekarskich miał sposobność demonstrować kolosalnych rozmiarów *elephantiasis*, zwieszającą się w postaci guza aż do kolan a wyszłą z moszen mężczyzny i obejmującą *penis*. Co do rozpoznania wreszcie, może kategorycznie rozstrzygnąć tylko mikroskop.

Kol. Cercha nie zgadza się z kol. Kohnem i nie sądzi, żeby każda operacya na łechtaczce była obojętną dla ciąży. Może ona sprowadzić poród przedwczesny. Okolica łechtaczki posiada dużo nerwów czuciowych, wskutek czego zabiegi w tej okolicy należą do bardzo bolesnych, jak tego dowodzi przypadek obserwowany w klinice. W przypadku tym wycięto raka łechtaczki w narkozie; po obudzeniu się chora odczuwała nieznośne bóle przez czas dłuższy.

Kol. Mars dodaje, że dawniej nazywano guzy takie na szerokiej podstawie osadzone *elephantiasis*, jeżeli szypuła zaś była cienka, to *molluscum fibrosum*, które ma tkankę miękką. Jeżeli dalej błona śluzowa przechodzi na sam guz, to przemawia więcej za *molluscum fibrosum*, jeżeli jest więcej zajęta skóra i nią jest guz pokryty, to za *elephantiasis*, chociaż obie sprawy mogą się wikłać; rozpoznanie rozstrzygnie badanie mikroskopowe. Nie zgadza się z kol. Kohnem, aby zaraz operować, bo jakkolwiek największe operacye wykonywane bywały podczas

ciąży bez przerwania tejże, to przecież zależy to od wrażliwości osoby ciężarnej, dla tego należy przypadki indywidualizować. Jedne osoby ronią pod wpływem błachych przyczyn, gdy inne mimo stosowanych energicznych środków poronnych pozostają nadal w ciąży. Jako przykład podaje, że u jednej osoby bliżej mu znanej występowało 12 razy poronienie. Zawsze pod wpływem jakiej błachej przyczyny n. p. skoro drzwi silniej niespodziewanie zamknięto. Przy sposobności nadmienia, iż lekarze dawniejsi w przypadkach słabych bólów porodowych w celu pobudzenia tychże wyrywali podczas porodu zęby pruchniejące, jeżeli rodząca takowe miała, gdyż po wyrwaniu zęba miała następować energiczna czynność porodowa. Należy zatem zastanowić się; czy jest ścisłe wskazanie do operacyi, aby w razie możliwości wywołania porodu przedwczesnego nie narazić na niebezpieczeństwo kobiety.

Kol. W i s z n i e w s k i nie przypuszcza, by guz ten wywoływał przeszkodę porodową i radzi na razie, aby założyć opaskę dla podtrzymania guza.

Kol. K o h n przecież jest tego zdania, że w danym przypadku guz będzie stanowił przeszkodę porodowa, zwłaszcza że dzisiaj już jest znaczne obrzmienie warg, które się powiększy jeszcze ku końcowi ciąży. Poród może się przeciągnąć, a chora ponieść obrażenia, które mogą łatwo uledz zakażeniu, jest zatem lepiej dzisiaj operować, choćby nawet nastąpiło poronienie, a rana pooperacyjna umiejscowiona w górze łatwo się da opatrzyć i nie zostanie odchodami połogowymi zanieczyszczoną.

Kol. P r z e w o d n i c z ą c y jeszcze raz zaznacza, że jest zdania, aby z operacyą czekać.

3. Na wniosek kol. Przewodniczącego, Cerchy i Marsa wybrało zebranie jednogłośnie członkami czynnymi Towarzystwa D-rów Porębowicza i Kadena.

4. Kol. Prof. O b a l i ń s k i o k a z u j e p r e p a r a t a n a t o m i c z n y którego historya jest następująca:

Pochodzi z osoby 16 lat liczącej, panienki, córki lekarza, chorej od wiosny roku zeszłego, a którą kol. Obaliński widział po raz pierwszy w jesieni r. z. Choroba rozpoczęła się bólami w okolicy pęcherza po stronie lewej. Ojciec nic nie mógł z początku zauważyć, dopiero później wybadać mógł po tej stronie stwardnienie, które szybko rosło. Lekarze orzekli, że jest to wypocina otrzewnowa (*exsudatum perimetriticum*), którą wobec zajęcia sprawą gruźliczą szczytów płucnych można by uważać za gruźlicę otrzewnej. Guz w brzuchu po stronie lewej rósł coraz więcej, tak że w jesieni r. z. gdy chorą kol. Obaliński po

raz pierwszy, w przejeździe przez tę miejscowość, miał sposobność widzieć i dość pobieżnie badać, znalazł, że objętość brzucha kulistego wynosiła 80 cm., chełbotanie było wyraźne, z przodu brzucha bardzo wyrąźne stłumienie, a po bokach bardzo wybitny odgłos wypukowy bębenkowy. Na podstawie tego rozpoznał torbielaka jajnikowego i zaproponował wspólne badanie w Krakowie. W kilka tygodni później oglądali chorą koledzy: Paszkowski, Gluziński, Madurowicz, Mars, Obaliński. Wtedy to podczas badania przez odbytnicę czuł wyraźnie kol. Mars macicę, która przy podnoszeniu guza w górę opuszczała się dnem ku dołowi i ku stronie lewej. Z tego wniosek, że guz z jajnika prawego wychodzi i że w przypadku tym znachodzą się prawdopodobnie znaczniejsze zrosty. Interniści nie znaleźli w płucach tak znacznych zmian, by mogli twierdzić, że guz jest natury grużliczej. Wtedy kol. Obaliński stwierdził, że ściany guza są tak cienkie i chełbotanie tak wyraźne, że trudno było rozpoznać na pewno torbiel jajnikowy. Rozpoznanie zatem wahało się między grużlicą otrzewnej a torbielakiem jajnikowym. Na każdy wypadek była wskazana laparotomia. W 3 dni po badaniu wykonano laparatomię i znaleziono po otwarciu powłok brzusznych torbielak jajnikowy miejscami z siecią i jelitami pozrastany. Wypuszczono tedy trójgrańcem płyn a po zmniejszeniu się guza oddzielono powoli zrosty, przyczem zauważano, że na sieci i na jelitach były aż nadto widoczne czerwone guzki, które podejrzywano jako guzki grużlicze. Kiedy guz pomniejszony i częściowo od otoczenia oddzielony wytoczono przed powłoki brzuszne, przystąpiono do podwiązania szypuły, co okazało się bardzo trudnem, gdyż stwierdzono, że po obu bokach macicy biegną mocno zgrubiałe i rozdęte postronkowate ciałka gęstawym, białawym płynem wypełnione, które rozpoznano jako trąbki. Obie trąbki starano się oddzielić, przyczem trąbka po stronie lewej pękła i wylała się z niej ciecz żółtawa, kaszkowata, charakterystyczna dla sprawy grużliczej. Następnie podwiązano szypułkę guza, oddzielono trąbki od otoczenia, podwiązano je i usunięto, macicę zaś pozostawiono. Operacya trwała $1^1/_2$ godziny. Przebieg po operacyi był bezgorączkowy, a chora wyjechała zupełnie w dobrym stanie 14-o dnia do domu.

Przypadek ten uważa kol. Obaliński z różnych powodów za ważny, raz że rozpoznanie było trudne, trudności nie małe w leczeniu, a co uważa za najciekawsze, że równocześnie były dwie sprawy chorobowe to jest torbielak jajnikowy i grużlica otrzewnej.

Kol. Mars dodaje, że podczas badania przez odbytnicę, znalazł macicę zgiętą ku tyłowi i nie balotującą, zatem nie

w płynie. Co się tyczy anatomicznej strony, to na preparacie widać ogromny torbielak o cienkich ścianach, do którego przedniej ściany była przyrośnięta sieć, na której jako też na całej powierzchni guza widać guzki. — Trąbka lewa szła za tumorem na prawo a *ampulla* jej była przepełniona masą serowatą i krwią. Całość przedstawia się jako żółty guz podobny do tłuszczaka. Druga trąbka, t. j. prawa całkiem wycięta szła od prawego rogu macicy po pod promontorium na lewo i tamże podczas odłuszczenia pękła i z niej wylała się ciecz serowata, ropiasta. Prątków grużliczych niemożna było wykazać. W ropie nie znaleziono ani *streptococcus*, ani *staphylococcus*, dla tego nie przyszło do *peritonitis*. — Badanie ścian wykazało *Kystoma glandulare*. Badanie guzka wyciętego z otrzewny około torbielaka wykazało budowę gruczolakową, a oprócz tego w ścianach guza i trąbki gruzełki i nieliczne prątki tylko drogą barwienia wykazać się dające. Na podstawie tego badania możemy powiedzieć, że mamy torbiel jajnikowy gruczolakowy nadto przerzuty drobne guzkowe gruczolaka na sieci i grużlicę pierwotną trąbek, gdyż zmiana ta w trąbkach jest najrozleglejszą, co szczególnie widać na trąbce lewej, która nie pękła, na prawej zaś nie tak wyraźnie. Następnie okazał z tego przypadku preparaty drobnowidowe.

Kol. Obaliński sądzi, że pierwotną sprawą, która istniała była grużlica a następnie powstał torbiel jajnikowy.

Kol. Mars podnosi, że jak niektórzy twierdzą, istnieje wrodzona skłonność do rozwoju torbielaków polegająca na sprawie rozwojowej, podobnie jak się rzecz ma ze skórzakami i godzi się na pogląd kol. Obalińskiego z tą odmianą, że grużlica trąbek była bodźcem drażniącym a tem samem pobudzającym do powstania torbiela.

Kol. Bossowski przytacza przypadek, gdzie po wycięciu trąbek, grużlicą dotkniętych i po zagojeniu się rany brzusznej doraźnem, chora zgłosiła się w $^1/_2$ roku z przetokami grużliczemi.

Kol. Obaliński sądzi, że nie ma w danym przypadku dowodu na to, co było pierwotnem, choć przebieg choroby przemawiał za tem, że pierwotną była grużlica, a następowy torbiel jajnikowy.

5. Kol. Jordan porusza kwestyę nowego, trzeciego z rzędu wydania swego podręcznika położnictwa dla akuszerek. W tem wydaniu, którego druk ma się wkrótce rozpocząć, chce uwzględnić dzisiejsze poglądy na antyseptykę tembardziej, że w poprzednich wydaniach musiał wiele opuścić a wiele inaczej napisać, niż chciał, bo się musiał trzymać in-

strukcyi. Podręczniki dla akuszerek są rzeczą bardzo ważną, tak dalece, że w Niemczech ich wydawnictwem zajmują się rządy.

Lekarz, który ma wielką praktykę spotyka się u różnych akuszerek zależnie od okolicy z rozmaitemi sposobami postępowania podczas porodu i połogu. Niektóre akuszerki przestrzegają antyseptykę ściśle, lecz tych jest mało, inne robią w tym kierunku przynajmniej cośkolwiek, a największa część nic nie robi. Jedne używają karbolu w rozmaitem rozcieńczeniu, inne szafują sublimatem, inne nie używają żadnych środków przeciwgnilnych, jedne robią po każdym porodzie przestrzykiwania, i nie mogą pojąć, że nie zawsze należy je robić, inne nie przestrzykują wcale.

Byłoby zatem do życzenia, aby książka, która ma wielki popyt i jest podstawą nauki dla akuszerek nie tylko tutaj, ale i w innych szkołach, zgadzała się z opinią przynajmniej położników krakowskich. Omówić należy zatem te kwestye i to ze stanowiska przeważnie praktycznego.

Jedną z najważniejszych jest kwestya antyseptyki podczas badania. Instrukcya ministeryalna zna tylko karbol jako *antisepticum*, który, jeżeli ma działać, ma być użyty w rozczynie 5$^{0}/_{0}$ do mycia rąk. Ponieważ atoli nie każda akuszerka zechce myć ręce takim rozczynem, czy należy odstąpić od tej zasady? Kol. Jordan poddaje rzecz tę pod dyskusyę.

Kol. Rosner. Jeżeli akuszerka będzie myła ręce w 5$^{0}/_{0}$ kwasie karbolowym, to jej ręce zczernieją, skóra zgrubieje, a w końcu, jeżeli ma dużo do czynienia, popęka na przegubach. By temu zapobiedz, radzą sobie niektóre położne w ten sposób, że do 5$^{0}/_{0}$ kwasu wlewają pewną, czasem znaczną ilość wody i mówią, że mają „karbol 5$^{0}/_{0}$ z wodą“. Nie mogą, czy nie chcą tego zrozumieć, że ten karbol rozlany wodą, nie jest już 5$^{0}/_{0}$. Skoro sublimat antyseptyk bądź co bądź najlepszy, nie działa tak szkodliwie na skórę rąk, do użycia zaś do przestrzykiwań z powodu działania trującego się nie zaleca, może by było najlepiej polecić im do przestrzykiwań karbol, a do mycia rąk sublimat.

Kol. Wiszniewski sądzi, że jeżeli instrukcya zaleca tylko karbol, to należałoby dodać, by akuszerki w karbolu ręce moczyły i wyjednać u rządu, by akuszerkom apteki nie wydawały innego rozczynu jak 5$^{0}/_{0}$.

Kol. Mars sądzi, że oznaczenie czasu na minuty, jak długo trzeba myć ręce, jest tylko pozornem zaspokojeniem własnego sumienia, że się zadość uczyniło wymaganym przepisom. W rzeczywistości nawet z lekarzy prawie nikt tak długo się nie

myje jak powinien. Proszę się myć na próbę z zegarkiem przed oczyma, a przekonają się Panowie, że 5 minut to bardzo długo. Samo obmycie kwasem jest niczem, jeżeli nie ma pojęcia rzeczywistej czystości. Jakże robi wiele akuszerek? brudne ręce, popłukuje kwasem karbolowym i uważa rzecz za załatwioną. Jest przeto zdania, że należy dać akuszerkom przepis taki postępowania, aby tenże sam przez się zapewniał o skuteczności, a nie jego wykonanie. W obec tego radzi, aby akuszerki starannie myły ręce szczotką i mydłem, obmywały potem spirytusem a potem dopiero moczyły w rozczynie kwasu karbolowego.

Kol. Rosner sądzi, że to nie będzie praktycznem, bo spirytus jest drogi a sublimat bardzo tani.

Kol. Jordan proponuje, aby obrano komisyę, któraby obmówiła niektóre kwestye i na posiedzeniu je zreferowała. Do komisyi proponuje kol. Marsa, Brauna, Wiszniewskiego i Rosnera.

Wniosek przyjęto i komisyę w powyższym składzie wybrano.

VIII. Posiedzenie z dnia 25. lipca 1892.

Przewodniczący kol. Dr. Madurowicz. — Obecnych członków 10.

Porządek dzienny:

1) Po odłożeniu odczytania protokółu z posiedzenia czerwcowego na pierwsze posiedzenie po wakacyach, przystąpiono odrazu do sprawozdania komisyi wybranej w sprawie podręcznika dla położnych kol. Dra Jordana.

2) Kol. Jordan jako referent tej sprawy przedstawia następujące uchwały komisyi:

1) Położna powinna myć ręce przez kilka minut w przegotowanej ciepłej wodzie, następnie obtarte zanurzyć w 5% wodzie karbolowej lub innym płynie antyseptycznym o ile na to lekarz zezwoli i poleci.

2. Położna powinna obmyć rodzącej starannie ciepłą wodą całą okolicę sromu, następnie oblać 2% wodą karbolową, do mycia zaś rodzącej nie używać szczotki lecz waty drzewnej.

Nad temi uchwałami zabiera głos:

Kol. Kohn, radzi używać waty zwykłej, bo wata drzewna jest za ostra, na co członkowie Towarzystwa się zgadzają.

Kol. Harajewicz poleca do mycia rodzącej lysol, co odrzucono.

3) Położna winna mieć rękę do podpierania międzykrocza pokrytą kompresem zamaczanym w rozczynie kwasu karbolowego.

4) Położna winna używać podczas badania do smarowania palca dwuprocentowego rozczynu kwasu karbolowego w glycerynie, nie zaś tłuszczów.

Kol. Mars poleca rozczyn glycerynowy karbolu raz, że tenże dobrze osłania palec, jest hygroskopijną cieczą, więc da się dobrze zmyć a przytem jest również znakomitym środkiem do zamaczania tamponów.

5) Położna nie powinna przestrzykiwać pochwy rodzącej przed porodem, chyba że są mocne upławy białe.

6) Nie wolno położnej przestrzykiwać pochwy i po porodzie, chyba że był wykonywany zabieg operacyjny, że się urodził płód nieżywy, wody były brudne, że poród trwał za długo, lub wreszcie części rodne uległy znacznemu obrażeniu.

7) Po porodzie pokryć srom gazą jodoformową a nie wsuwać takowej do pochwy.

Kol. Braun radzi usunąć gazę jodoformową, natomiast pokryć srom po porodzie watą zamaczaną w rozczynie kwasu karbolowego, małe otarcia sromu posypywać proszkiem jodoformowym a wielkie pęknięcia zeszywać.

Kol. Mars poleca gazę jodoformową, bo takowa zwykle jest w większem poszanowaniu u akuszerek niż wata, która z tego powodu może być bardzo zanieczyszczoną. Za zasypywaniem proszkiem jodoformowym, nie jest, bo proszek spływa ze krwią ze świeżej rany — więc nic nie działa.

Kol. Kohn jest za zasypywaniem jodoformem i zastąpieniem gazy jodoformowej watą zamaczoną w rozczynie kwasu karbolowego.

Kol. Rosner sądzi, że byłoby odpowiedniem, aby książka nie głosiła zasad odmiennych, od przyjętych w klinice; proponuje używać waty Brunsa do pokrywania sromu u położnic, u których nie ma obrażeń części rodnych, byleby ta wata była czysta i zamaczana przedtem w 2% kwasie karbolowym.

8) Nie wolno używać kanek do przestrzykiwania tylko szklannych. Każda położna winna mieć koneweczkę Hegara z długim wężem elastycznym i serengę.

9) Położna powinna mieć cewnik metalowy i elastyczny i używać ich tylko po dokładnem oczyszczeniu.

Nie zgodzono się na wniosek kol. Jordana, który radzi, aby zamiast wprowadzać kateter do pęcherza pozwolić położnicy uklęknąć w celu oddania moczu.

10) Akuszerka winna mieć ciepłomierz i po każdorazowem użyciu dobrze obmyć karbolową wodą.

Nad zapytaniem, czy dać akuszerkom sporysz do stosowania, otwarto dyskusyą:

Kol. Madurowicz i Kohn nie radzą dawać sporyszu akuszerkom, bo albo dadzą za dużo, albo będą go używać do wywołania sztucznego porodu,

Kol. Jordan zaznacza, że akuszerki w mieście mają sporysz, ale na wsi, gdzie jest potrzeba, nie mają, dla tego radziłby dać akuszerkom sporysz.

Kol. Wiszniewski radzi zapisywać sporysz w małych dawkach. Przez głosowanie zdecydowano, aby nie dać sporyszu do rąk akuszerkom.

11) Czy zakraplać noworodkom oczy azotanem srebrowym?

Kol. Madurowicz radzi polecić akuszerkom tylko czyste obmywanie ócz wodą borową, a jeżeli są oczy opuchnięte — zawezwać lekarza. Zdaniem jego — wkraplanie azotanu srebrowego nie jest obojętne.

Kol. Mars uważa wkraplanie rozczynu azotanu srebrowego za operacyę delikatniejszą, bo akuszerka musi najpierw powieki palcami otworzyć, aby wpuścić do worka spojówkowego krople rozczynu. Czy atoli każda z nich to potrafi, czy dalej każda będzie to robić czystemi rękami, czy wreszcie nieczyste i źle wykonane zakraplanie coś pomoże, to w to wątpi.

Kol. Rosner. Doświadczenie kliniczne, wykazuje, że samo obmywanie oczów noworodkom wodą borową nie chroni od zapalenia. Wkraplanie azotanu srebra, które nie jest ani tak trudne ani niebezpieczne zapobiega temu cierpieniu.

Kol. Kohn. Skoro klinicyści twierdzą, że wkraplanie azotanu chroni noworodki od ślepoty, to winno się wkraplać.

Kol. Jordan. W obec tego, że na wsi trudno sprowadzać lekarza do ropotoku spojówki, bo to jest rzecz za kosztowna, dla tego radziłby wkraplanie, gdyby prof. Madurowicz polecał akuszerkom zawsze wkraplanie rozczynu azotanu srebrowego do oczu noworodków.

Przy głosowaniu uchwalono większością głosów zakraplanie 2% lapisu.

13) Aby akuszerki nie brały za gorączkę pokarmową, gorączki połogowej i wskutek tego chore nie ponosiły krzywdy, uchwala Tow., aby zatrzymać termin „gorączka“ dla gorączki połogowej a opuścić gorączkę pokarmową.

14) W okresie połogowym mają leżeć dłużej pierwiastki niż wieloródki.

15) Łożyska mają być wyrzucane do wychodków, a płody choćby najmłodsze odnoszone na cmentarz.

Wreszcie uchwala Towarzystwo, by dyskusyą nad tym przedmiotem umieścić w roczniku.

IX. Posiedzenie z dnia 29 października 1892 r.

Przewodniczący Prof. Dr. Madurowicz. Obecnych członków 10.

Porządek dzienny:

1) Odczytanie protokółu z 2-ch ostatnich posiedzeń.

2) Kol. Kośmiński przedstawił dwie chore z oddziału położniczo-ginekologicznego szpitala św. Łazarza.

I) Przypadek przedarcia międzykrocza powstałego podczas spółkowania.

W dniu 3 lipca 1892 r. przywieziono do szpitala św. Łazarza dziewczynę K. C., lat 19 liczącą, która podała, że dnia poprzedniego wieczorem wracając do domu została na drodze w polu napadniętą przez nieznajomego mężczyznę i pomimo energicznej ze swej strony obrony przez tegoż zgwałconą została, przyczem miała zemdleć.

Co do wywiadów regularność wystąpiła u niej po raz pierwszy w 18 roku życia, odtąd powtarzała się w regularnych czterotygodniowych odstępach czasu i trwała każdym razem przez 3—4 dni bez bólów. Dotychczas miała nie spółkować nigdy; żadnych cięższych chorób nie przebywała, wogóle czuła się zawsze zdrową.

Badanie w dniu 3 lipca przedsięwzięte wykazało: budowę dość dobrą, odżywienie liche, temperaturę podwyższoną, tętno przyspieszone. W okolicy obu oczodołów, a zwłaszcza po stronie prawej rozległe sińce, twarz a najwięcej okolica nosa krwią zaschłą zawalana, jak niemniej cała szyja. Na szyi po stronie prawej jeden podłużny siniec, na stronie zaś lewej szyi liczne otarcia przyskórka ułożone szeregiem od góry ku dołowi. Na grzbiecie po stronie prawej w okolicy kąta łopatki rozległy siniec wielkości dłoni dorosłego mężczyzny. Narząd oddechowy i krążenia zmian chorobowych nie okazuje. Brzuch płaski, powłoki jędrne, oporów nieprawidłowych

nad spojeniem łonowem, ani nad pachwinami wyczuć nie można, odgłos wypukowy bębenkowy. Na wzgórku łonowym, sromie i na wewnętrznej powierzchi obu kończyn dolnych ślady krwi zaschłej. Wargi sromowe większe i mniejsze znacznie obrzękłe i zaczerwienione, wewnętrzna powierzchnia obu warg mniejszych, jako też wejście do pochwy owrzodziałe, szarawą nekrotyczną masą pokryte. Na powierzchni wewnętrznej w dolnej części wargi mniejszej lewej, rana podłużna o brzegach nierównych na 1 ctm. długa w głąb tkanki drążąca, otoczenie rany sino-czarne. Po obu stronach we wysokości ujścia cewki moczowej liczne owrzodzenia powierzchowne sinawe; ujście cewki prawidłowej wielkości, pod niem wisi oderwany ze *septum vesico-vaginale* mostek jako strzęp nekrotyczny w środku rozszczepiony. Międzykrocze przerwane w całości, *septum recto vaginale* również przerwane, tylna ściana pochwy nieuszkodzona cofnęła się w głąb ku tyłowi, *sphincter ani* i *rectum* przerwane, tak że błona śluzowa *rectum* wypukla się na zewnątrz na długość około 5 ctm. Chora nie może sama moczu oddawać, stolca zaś i wiatrów zatrzymać nie jest w stanie.

Wobec tego polecono codzienne oczyszczanie rany i zakładanie opatrunku antiseptycznego, a z powodu zatrzymania moczu odprowadzenie moczu parę razy dziennie. Przez pierwszych pięć dni chora gorączkowała dość wysoko, temperatura wieczorna dochodziła do 39° Cels., rano opadała do 37·8° Cels., tętno utrzymywało się od 86 do 112, — przez dalszych parę dni utrzymywał się jeszcze stan podgorączkowy. Po dwu tygodniach rana zupełnie się oczyściła, chora sama zaczęła mocz oddawać, w przeciągu zaś następnych dwu tygodni rana zabliźniła się.

W dniu 16 sierpnia 1892 r. po należytem przygotowaniu chorej, przystąpiono w narkozie chloroformowej do zabiegu operacyjnego (*perineorraphia*) celem nowo wytworzenia międzykrocza.

Okrojenie i odświeżenie brzegów wykonano symetrycznie po obu stronach i o ile możności najstaranniej w zdrowej tkance na 2 milimetry od wyraźnie zarysowanej granicy

między tkanką prawidłową a blizną, przy czem nie tknięto wcale nieuszkodzonej tylnej ściany pochwy, tylko brzeg jej zewnętrzny okrwawiono dla następnego przyczepienia go do nowo wytworzyć się mającego międzykrocza. Po okrwawieniu przystąpiono do szycia. Naprzód zeszyto rozdartą przednią ścianę *rectum* dokładnie założonym szwem kuśnierskim katgutowym, uwzględniając szczególniej okolicę przerwanego zwieracza. Po zeszyciu *rectum* należało symetrycznie okrwawione powierzchnie dokładnie ze sobą spoić i w ten sposób wytworzyć międzykrocze. W tym celu zapuszczono w głąb dwa piętra szwów kuśnierskich katgutowych, następnie przyczepiono kilkoma szwami brzeg tylnej ściany pochwy do tylnej powierzchni nowego międzykrocza, a wreszcie brzegi powierzchni okrwawiowej dostosowane do siebie zespojono dokładnie szwami węzełkowemi jedwabnemi. Po ukończeniu operacyi stosunki nowo wytworzone przedstawiły się niemal zupełnie prawidłowo. Chorą ułożono na łóżku z wyprostowanemi obok siebie nogami, które związano razem, by przy ruchach szwy nie puściły, polecając chorej spokojnie się zachowywać, przepisawszy dyetę wyłącznie płynną i *tinctr. opii* 3 razy dziennie po 15 kropel. W celu uniknięcia zanieczyszczenia rany zakazano chorej oddawać samej mocz, lecz odprowadzono go kateterem parę razy dziennie.

Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy, pierwszy stolec dnia 31 sierpnia bez znaczniejszych bólów. W dniu 4 września wyjęto szwy jedwabne z *perineum*; rana cała przedstawiła się zgojoną przez rychłozrost tylko parę powierzchownych szwów nieco poprzecinało skórę.

Od dnia 16 września chora chodzi swobodnie, mocz oddaje sama, stolec i wiatry jest w stanie zatrzymywać, nie doznając wogóle żadnych dolegliwości.

II) Przypadek zranienia sromu kobiety ciężarnej.

W dniu 23 września 1892 r. przywieziono do szpitala św. Łazarza kobietę M. C., lat 27 liczącą, która opowiada, że przed kilku godzinami, stojąc nad rzeką na desce, pośliznęła się i upadła w ten sposób, że międzykroczem silnie

uderzyła o ostrą krawędź deski, na której stała. W tejże chwili dostała znacznego krwotoku, który przez okłucie i tamponowanie przez lekarza został utamowany. Wywiady wykazały dalej, że regularność powtarzała się u niej w regularnych odstępach czasu, trwając przez 4 dni bez bólów, rodziła dwa razy sama bez pomocy, i że obecnie jest w 8-ym miesiącu ciąży. Z powodu znacznej niedokrewności podano chorej natychmiast środki skrzepiające i znaczną ilość płynów. Chora skarży się na silny ból i zawroty głowy, ćmienie przed oczyma, a następnie na naprężenie dołem w brzuchu i powtarzające się w pewnych odstępach czasu bóle w krzyżach, dodając, że od czasu wypadku moczu oddać nie mogła.

Badanie wykazało: Budowę dobrą, odżywienie dobre, temperatura nie podniesiona, tętno przyspieszone, niedokrewność bardzo znaczna. Brzuch wypuklony więcej wzdłuż jak wszerz, na skórze brzucha liczne blizny stare poporodowe, jako też świeże rozstępy powierzchownych warstw skóry. Przez powłoki brzuszne wyczuć można macicę powiększoną do wysokości połowy odległości między pępkiem a wyrostkiem mieczykowatym, przy głębszem zaś obmacaniu czuć wyraźnie pojedyncze części płodu. Tętno płodu dobrze słyszalne po stronie lewej. Pęcherz moczowy znacznie wypełniony moczem wyczuć się daje więcej na prawo i sięga na 3 palce powyżej spojenia łonowego. Wargi sromowe większe i mniejsze szczególniej po stronie prawej, jako też wejście do pochwy bardzo znacznie obrzękłe, sinawe; w okolicy cewki moczowej, na przedniej powierzchni cebulki moczowej jako też po lewej stronie przedsionka i na lewej ścianie pochwy, znajdują się bardzo liczne mocno pościągane szwy jedwabne głęboko założone. W miejscu ujścia cewki moczowej, widać wystający kawałeczek zwiniętej błony śluzowej, który okazał się wynicowanym kawałkiem przedniej części cewki moczowej, długości mniej więcej około 1 ctm.

Z głębi pochwy i z całej okolicy szwów sączy się dość obficie krew. Po odprowadzeniu cewnikiem wynicowanego kawałka cewki moczowej wprowadzono cewnik głębiej w prawidłowym kierunku ku pęcherzowi, jednak jak to można się

było przekonać palcem do pochwy wprowadzonym cewnik wchodził nie do dalszej części cewki moczowej, lecz do dość obszernej jamy, a następnie wychodził do pochwy. Gdy pomimo silnego starania się o wyszukanie dalszego ciągu cewki moczowej, to się nie udało, gdy nadto przez wprowadzony cewnik na około szwów i z głębi pochwy krew strumieniem wypływać poczęła, postanowiono w celu odszukania dalszego ciągu cewki zdjąć owe szwy głębokie i dokładnie rozpatrzyć zmienione stosunki. Z powodu wielkiego rozdrażnienia chorej i wielkiej bolesności obrzękłych części rodnych zewnętrznych, zachloroformowano chorą tamując tymczasowo krwotok przez silny ucisk. Po przecięciu szwów pokazało się, że mamy do czynienia z raną płatową; a mianowicie wierzchołek płatu leży w lewym kącie przedniej ściany pochwy tuż przy wejściu do pochwy, rana zaś drąży przez połowę lewą przedniej ściany pochwy ukośnie, przedarłszy kawałek przedniej części cewki moczowej, jako też i *corpus cavernosum clitoridis*, podstawa zaś płatu leży powyżej cebulki moczowej tuż nad cewką moczową. I teraz jeszcze wyszukanie dalszego ciągu cewki moczowej z powodu gwałtownego krwotoku nie było łatwem, wreszcie wprowadzono cewnik metalowy do pęcherza i wypuszczono mocz postanawiając zostawić go komornem. W obec tego, że powierzchnie ranne wyglądały nie zupełnie czysto, a nawet w dolnej części już jakby szarawym nalotem pokryte, wreszcie ze względu, że dokładne założenie szwów wymagałoby sporo czasu, coby spowodowało jeszcze dość znaczną utratę krwi, a chora już przedtem niedokrewna przy całym tym zabiegu sporo krwi utraciła, postanowiono utamować krwotok przez ucisk.

W tym celu ustaliwszy cewnik metalowy, wytamponowano przednią część pochwy silnie gazą jodoformową tak, aby oderwany płat z przedniej ściany pochwy ustalić we właściwem miejscu, poczem założono jeszcze opatrunek uciskowy opaskami od zewnątrz. Po przebudzeniu się z narkozy chora skarżyła się na parcie na mocz, ból w okolicy części rodnych zewnętrznych, na nieznośny ból i ciągłe zawroty głowy, ćmienie przed oczyma i znaczne osłabienie.

Po kilku godzinach przy ciągłem stosowaniu środków skrzepiających, jako też po wypiciu większej ilości płynów chora przyszła do siebie i stan podmiotowy znacznie się poprawił. Wieczorem jeszcze tego samego dnia podano chorej 25 kropel nastoju makowca z powodu znacznych bólów w krzyżach, obawiając się porodu przedwczesnego i polecono rano i wieczór po 25 kropel nastoju makowca. Po dwóch dniach bóle w krzyżach ustąpiły zupełnie, nastój makowca usunięto. Po czterech dniach zmieniono opatrunek, wyjęto gazę z pochwy, usunięto cewnik, a przekonawszy się, że chora sama jest w stanie mocz oddawać, nie wprowadzono go więcej. Krwotoku nie było, oczyszczono zatem ranę i założono do pochwy na nowo gazę jodoformową w ten sposób, by oddarty płat ustalić we właściwem miejscu. Odtąd zmieniano opatrunek co drugi, później co trzeci dzień. Płat oddarty w górnej swej części przyrósł w swoim miejscu, tylko po stronie lewej w dole powstał strzęp nekrotyczny wielkości fasoli, który powoli sam się oddzielił.

Dnia 13 października chora zupełnie uleczona oddział opuściła.

W dyskusyi nad I przypadkiem znacznego zranienia części rodnych zewnętrznych powstałego przez zgwałcenie zabierali głos:

Kol. Mars. Zaznacza, że wynik perineoplastyki w danym przypadku jest bardzo ładny, gdyż nietylko utworzono szerokie międzykrocze, ale także grubą przegrodę pochwowo-odbytnicową a wreszcie otrzymano bardzo wyraźne zagięcie normalne tylnej ściany pochwy.

Kol. Braun. Na zeszytem międzykroczu widzieć można wzdłuż blizny po obu stronach cztery szeregi brodawkowatych wyniosłości. Sądzi, że w tem miejscu obok szwu jedwabnego musiały się wytworzyć lekkie odleżynowe wcięcia, które gojąc się później przez granulowanie dały powód do wytworzenia się powyższych wyniosłości. Dlatego na podstawie tego i innych przez siebie spostrzeganych przypadków, rądzi do zeszycia międzykrocza używać szwu srebrnego, który daje się daleko czyściej utrzymać niż jedwabny i nie tworzy owych wcięć.

Kol. Mars szyje międzykrocze katgutem i jest z tego sposobu szycia zadowolony, chociaż dodać musi, że katgut za prędko zostaje wessany. Co do powstawania śladów szycia w postaci

dołków około szwów, to uważałby, że takowe mogą powstać wtedy, gdy albo materyał do szycia jest nieczysty, albo jeżeli szwem zanadto ściśnięta tkanina obumiera.

Kol. Rosner. Uwaga kol. Brauna co do szwu srebrnego może być słuszną, jeżeli chodzi o szycie międzykrocza po porodzie. Faktem jest, że srebrny szew da się czyściej utrzymać, jedwab zaś spleciony z nitek może się odchodami zanieczyścić. Żeby szew jedwabny łatwiej skórę przecinał, niż srebrny, nie wydaje mu się prawdopodobnym, owszem sądzi, że cienki drut srebrny łatwiej się w tkanki wcina, niż nitka jedwabna. Jeżeli kol. Braun szyjąc srebrem międzykrocze po porodzie nie widział wcięć, to jestto zrozumiałem; są to przypadki, w których niema żadnego napięcia, owszem prawidłowa turgescencya tych części podczas ciąży i porodu w połogu, a więc wtenczas, kiedy szwy leżą, ustępuje; szwy nie wcinają się owszem leżą luźnie. Tu szew srebrny może rzeczywiście być dobrym. Ale w przypadku kol. Kośmińskiego było znaczne napięcie i właśnie z obawy, ażeby szew skóry zbytnio nie przeciął, nie użył operator srebra tylko jedwabiu.

Kol. Cercha. W perineoplastyce chodzi także o to, aby szwy głębokie zapuszczone były dobrze założone, bo wtenczas chociaż powierzchowne puszczą, to mimo to rana się jeszcze nie rozejdzie, głębokie bowiem trzymają. Nadto ważną jest rzeczą, by szew był czysty, a powierzchnia ranna dobrze zrównana za pomocę nożyczek.

Kol. Mars. Co do obrzęku, jaki powstaje około szwu w perineoplastyce, uważa, że nietylko samo zgniecenie rany ale i zanieczyszczenie jest tego przyczyną. W czasach przedantiseptycznych po zeszyciu międzykrocza rany mocno obrzękały.

Kol. Cercha. Obrzęk około szwu i tworzące się pęcherzyki uważa za objaw znacznego ucisku, przez co tworzy się zastój i przesączyna tworząca owe pęcherzyki. Zwraca również uwagę, że w przypadkach, w których tworzą się pęcherzyki, niema ani obrzmienia, ani zaczerwienienia a rana goi się doraźnie.

Kol Mars. Pęcherz i obrzęk około szwu po ranie laparatomijnej uważa albo za skutek działania środków antyseptycznych albo za skutek bliżej nam nieznanego zakażenia.

Kol. Świtalski nie widział nigdy pęcherzyków około rany laparatomijnej na oddziale chirurgicznym szpitala św. Łazarza, gdzie się szyje skórę szwem węzełkowym. W klinice ginekologicznej szyje się skórę gęstym szwem kuśnierskim i tu też zauważył nieraz pęcherzyki koło szwów; dlatego sądzi, że pęcherzyki te pochodzą od ucisku a nie od zakażenia.

Kol. Mars proponuje, aby wybrać komisyę, którąby zbadała i rozstrzygnęła następujące pytania:

1) jakie znaczenie ma obrzęk ran czystych,
2) czy rany aseptyczne brzekną,
3) jakie znaczenie mają pęcherze około szwów.

Za zgodą zgromadzonych poruczono tę sprawę kol. Cersze i kol. Obalińskiemu.

Kol. Rosner. W przypadku przedstawionym uderza jedna okoliczność, że jedna rana rozpoczęła się koło cebulki moczowej i przechodziła przez przednią ścianę pochwy, druga przerywała całkowicie międzykrocze i kawałek przedniej ściany odbytnicy, tylna zaś ściana pochwy nie została naruszoną. Podczas porodu pęka międzykrocze inaczej, i podczas porodu tylna ściana pochwy jest na przerwanie narażona.

Kol. Mars. Podczas porodu spycha główka całe międzykrocze na zewnątrz i pęknięcie następuje najczęściej najpierw od pochwy, a tutaj prącie przedarło najpierw od zewnątrz międzykrocze a potem przednią ścianę pochwy obraziło.

Kol. Madurowicz. Tutaj działała siła największa na międzykrocze w kierunku ku odbytnicy, dlatego w tej okolicy obrażenie było największe.

Kol. Harajewicz przypuszcza, że tak znaczne zranienie sprowadziło nietylko prącie, ale gwałcący musiał pomagać sobie palcami.

4) W dyskusyi nad II-gim przypadkiem kol. Kośmińskiego zabiera głos

Kol. Braun. Zapytuje, czy w danych razach należy chorą zaraz dokładnie opatrzyć, skoro ją przywiozą do szpitala, czy można czekać. Towarzystwo ratunkowe bowiem mogło dać i dało skuteczną pierwszą pomoc i to dla zapobieżenia krwotokowi, ale wątpliwą jest rzeczą, czy mogło tak dużą ranę i w takich warunkach, w jakich się chora znajdowała, na ulicy dać opatrunek aseptyczny lub antiseptyczny. Mogło zatem sprowadzić mimowoli zakażenie rany, które przez natychmiastowy opatrunek w szpitalu św. Łazarza mogłoby być zredukowane *ad minimum.*

Kol. Kośmiński opatrzył należycie chorą dopiero w parę godzin po przyjęciu do szpitala, raz że to było w nocy, więc czekał do światła dziennego a powtóre chora była bardzo niedokrewna więc chciał ją przedtem skrzepić przez podanie środków skrzepiających.

Kol. Mars radzi w podobnych razach, gdy jest chora bardzo niedokrewna, nie spieszyć się z odjęciem opatrunku, choćby się

nie miało pewności, że był aseptyczny, skoro tenże zatamował krwotok, bo zmiana opatrunku mogłaby wywołać krwotok ponowny, któryby mógł się stać śmiertelnym. Z dwojga złego trzeba wybierać mniejsze.

X. Posiedzenie z dnia 16 listopada 1892 r.

Przewodniczący Prof. Dr. Madurowicz. Obecnych członków 9.

Porządek dzienny:

1) Odczytanie protokółu.

2) Kol. Mars i kol. Cercha proponują na członków korespondentów Towarzystwa Drów Płaskowickiego i Garbińskiego.

3) Kol. Przewodniczący zawiadamia Towarzystwo, że otrzymał zaproszenie od komitetu zawiązanego w celu postawienia pomnika Semmelweisowi w Budapeszcie, poczem odczytuje przesłany okólnik i zapytuje, czy który z członków niema ochoty zapisać się do komitetu, lub czy ma zapisać Towarzystwo ginekologiczne jako instytucyę, która się ma zająć zbieraniem składek.

Kol. Mars proponuje podać kilka nazwisk lekarzy w kraju a komitet prześle im zapewne zaproszenie.

Kol. Przewodniczący poda Towarzystwo lekarskie i Towarzystwo ginekologiczne.

4) Kol. Mars donosi, że rocznik Towarzystwa za r. 1891 rozesłano Członkom Towarzystwa ginekologicznego, redakcyom dzienników lekarskich polskich i Członkom sekcyi ginekologicznej byłego VI zjazdu lekarzy i przyrodników w Krakowie. Przy tej sposobności przedstawia dzieła przesłane do biblioteki Towarzystwa gin. a zarazem wzywa Członków, by odbitki ze swoich prac nadsełać raczyli. Rachunek drukarni za rok 1891 przedstawiony podpisał Przewodniczący.

5) Kol. Mars odczytał:

Przypadek *endometritis tuberoso-polyposa*:

Przypadki *endometritis tuberoso-polyposa* u osób ciężarnych, aczkolwiek nie zaliczają się do rzadkich i mają dość obszerną literaturę, nie są dostatecznie zbadane. Pochodzenie ich nieznane, przebieg często zawikłany, badanie i rozpoznanie bardzo utrudnione a rokowanie wątpliwe.

Przed niedawnym czasem miałem sposobność obserwowania przez kilka miesięcy przypadku, który nastręczył mi spostrzeżenia pod względem ważnym, bo rozpoznawczym; podaję go zatem poniżej:

N. N., 35 lat licząca, zamężna, miesiączkowała zawsze prawidłowo w regularnych odstępach czasu. Tuż po zamążpójściu zaszła w ciążę i poroniła, potem rodziła trzy razy, płody żywe, donoszone. 5-ta ciąża przerwana sztucznie z przyczyny krwotoków powstałych z poprzedzania łożyska; urodzony płód niedonoszony i niezdolny do życia, który niebawem obumarł. Następnie roniła dwa razy, poczem przed dwoma laty urodziła płód żywy, donoszony. Przed 6 laty leczyłem pacyentkę z przyczyny bardzo znacznego nieżytu błony śluzowej szyi i jamy macicy z wydzieliną ropną i rozległemi owrzodzeniami części pochwowej.

W pierwszych dniach maja b. r. wezwano mię do chorej, która podała, że obecnie jest w ciąży, ostatni raz miesiączkowała na początku lutego, co tylko odbyła kilkunastogodzinną podróż koleją i cały dzień chodziła za sprawunkami w Krakowie, poczem pojawiły się plamy czerwone. — Badanie podjęte wykazało osobę nader bladą, bardzo niedokrewną, licho odżywioną, znacznie nerwowo rozdrażnioną, kilka plam różowych na bieliźnie. Ciąża w trzecim miesiącu księżycowym, w narządzie płciowym jednak nic osobliwego nie zauważono. W obec tego rozpoznałem dążność do poronienia tem bardziej, że był to właśnie okres miesiączkowy. Zaleciłem leżenie w łóżku, spokój, czopki z makowcem do odbytnicy. Przez 5 dni pokazywały się plamy, acz coraz to jaśniejsze; dziesiątego dnia wstała z łóżka i poczęła chodzić. W ogóle czuła się nie źle i żaliła się tylko na osłabienie. Nadmienić mi tu wypada, że od dwu lat cierpi chora na nawykowe zaparcie stolca skutkiem niedowładu jelit, że trawienie w ogóle bardzo upośledzone a stolce następują tylko po użyciu lewatywy z gliceryny. W dwa tygodnie później umęczyła się bardzo przy łóżku chorego dziecka i dostała znów plam czerwonych. Badanie wykazało stan jak przy pojawieniu się pierwszych plam; zresztą nic oso-

bliwego. Powtórzono toż samo leczenie, tym razem jednak już ze skutkiem nie tak pomyślnym, gdyż plamy czerwone wprawdzie skąpe już to ustawały, już też po 2—3 dniach powracały ponownie a stan taki utrzymywał się przez cztery tygodnie. — W połowie dopiero czerwca opuściła chora znów łóżko. Tym razem czuła się jeszcze więcej osłabioną i zmęczoną i żaliła się na brak apetytu. Mimo to po energicznem odżywianiu się i użyciu środków podniecających apetyt, poczęła zwolna przychodzić do siebie a w kilka tygodni stan ogólny poprawił się znacznie w porównaniu do tego, w którym chora do Krakowa przybyła i w którym ją widziałem podczas pierwszego badania. Przez ciąg kilku tygodni plam żadnych nie było; poruszała się w ogóle mało z obawy, by plamy znów nie powróciły. Ponieważ pacyentka już od kilku miesięcy pozostawała wciąż w pokoju, namawiałem ją usilnie, by na świeże powietrze wychodzić zechciała, co mi się dopiero 1. sierpnia udało. Ułożono zatem, że na pierwszy raz zniesie się chorą po schodach, które ją obawą najwięcej napawały i że przejdzie na tuż koło domu położone plantacye krakowskie. Wyprawa ta, a głównie znoszenie ze schodów wywarło na chorą takie wrażenie, iż zaraz dostała obfitych plam czerwonych a niebawem bólów okresowo występujących ze znamionami bólów porodowych.

Badanie wykazało: macica powiększona, stosownie do okresu ciąży sięgająca dnem pępka, od czasu do czasu wyraźnie pod ręką jędrniejąca, ruchy płodu wyraźne, części płodowe wyczuwalne przez powłoki brzuszne, ściany macicy cienkie. Sklepienie przednie bardzo wypuklone dolnym odcinkiem macicy, nizko ustawione. Ściana macicy nad sklepieniem przedniem wydaje się grubszą, zbitszą, niepodatną, części poprzedzającej żadnej wybadać nie można. Część pochwowa macicy krótka, zwrócona ujściem ku kości krzyżowej. Zalecono znów spokój i podano po dwa dziennie czopki zawierające po dwa centygramy wyciągu wodnego makowca. Niebawem ustały bóle okresowe i plamy zmniejszać się poczęły. Gdy jednak chciano powstrzymać poda-

wanie makowca, plamy czerwone i ściągania macicy powracały znowu.

Zważywszy wyniki badania i okoliczność, że chora raz już okazywała łożysko poprzedzające, zacząłem się go domyślać, a idąc za tą myślą postanowiłem działać przeciw krwawieniu i wyczekiwać aż do chwili pojawienia się obfitszego krwotoku, w razie zaś gdyby się pojawił, byłbym przystąpił do wzniecenia przedwczesnej czynności porodowej z uwagi na znaczną niedokrewność pacyentki.

W dalszym przebiegu jednak plamy były ciągle nieznaczne a stan ogólny chorej bardzo dobrze odżywianej polepszał się raczej niż pogarszał. Tym sposobem rzecz się z dnia na dzień przeciągała. Odwiedzając chorą często, gdyż była w ciągłym niepokoju, miałem sposobność przekonania się wielokrotnie, że macica badana przez powłoki brzuszne okazuje raz większe, to znów mniejsze rozmiary a różnice bywały tak znaczne, że tego do ściągań się macicy samych odnieść nie mogłem. Niebawem też 20. sierpnia zostałem wezwany nagle do chorej z powodu, iż wody płodowe odeszły w znacznej ilości; istotnie widziałem bieliznę jakby zmoczoną wodami płodowemi.

Badanie prócz ściągań się macicy nic nowego nie wykazało. Sądziłem, że nastąpi poród przedwczesny; gdy jednakowoż chora po odpływie wód doznała tylko ulgi, bóle się uspokoiły a dalej żadnych objawów czynności porodowej stwierdzić nie mogłem, macica okazała się miększą niż kiedyindziej, ściągań się nie było żadnych, ruchy płodu żywe a tętno wyraźnie słyszalne, rozpoznałem *hydrorrhoea gravidarum*. Następnych dni odpływ z macicy był skąpy, wodnisty, tworzący na bieliźnie plamy bezbarwne, od czasu tylko do czasu mniej lub więcej krwawe.

W obec tego przebiegu sprawy i uwzględniając wyż podany objaw, że macica często rozmiary swe zmieniała, odstąpiłem od pierwotnego przypuszczenia łożyska poprzedzającego i począłem domyślać się innej sprawy chorobowej. Nadmienić mi tu wypada, iż chora, osoba nader nerwowa, tylko z wielką trudnością dozwalała na badanie wewnętrzne,

po którem czuła się zawsze gorzej i dlatego takowe do razów koniecznych musiałem ograniczyć. Wynik jednak każdego badania wewnętrznego był zwykle ujemny tak, że tym sposobem do ścisłego rozpoznania dojść było trudno. Polegając przeto w części na rozumowaniu, rozpoznałem: cieczenie i zapalenie wewnętrznej powierzchni macicy (*hydrorrhoea, endometritis in gravida*) a nadto począłem się domyślać śluzaka kosmówki (*myxoma chorii*) a to dlatego, ponieważ zmienność rozmiarów macicy nauczyłem się uważać za objaw patognomoniczny tego cierpienia a to tem bardziej, iż raz mi się udało na tej podstawie rozpoznanie, które się później stwierdziło.

W pierwszych dniach września spostrzegłem, że chora zaczyna się mieć znów gorzej; osoba zrazu bardzo znacznie niedokrewna, która się potem miała znacznie lepiej, stała się znów więcej niedokrewną, osłabioną i nad wyraz zniecierpliwioną. Stan ogólny stał się znów takim, jakim był w chwili, gdym chorą obejmował w leczenie. Poleciłem obok dobrego odżywiania się hemoglobinę wewnętrznie i kwas solny. Odpływ z macicy stawał się coraz obfitszym, wystąpiła bolesność po stronie prawej macicy. Nadto w dnie po stronie lewej spostrzegłem jakby w ścianie macicy guz wielkości jaja kurzego, którego przedtem nigdy nie czułem, który zrazu mniejszy zwolna się powiększał a najlepiej wyczuć się dawał w chwili, gdy macica była miękka. Guz ten budził podejrzenie: czy domniemana zmiana kosmówki nie przechodzi na miąższ macicy. Nadmienić mi wypada, że tak coraz częstsze ściągania się macicy, jakoteż i krwawienia ustawały tylko po użyciu makowca, który też chora brała coraz częściej tak, że mniej więcej około 4—5 czopków dziennie, czyli razem do 0·10 wyciągu wodnego zażywała, co na stan ogólny wpływać musiało także niekorzystnie.

Pogarszający się stan chorej nie przedstawiał na razie niebezpieczeństwa, mimo to jednak niepokoił mnie; zażądałem przeto narady lekarskiej. Chora wszakże z obawy przed badaniem i przed tem, aby jakiego zabiegu nie zaproponowano na naradę lekarską zgodzić się nie chciała i dopiero

ledwo po 10-ciu dniach byłem ją w stanie do tego nakłonić i na naradę wezwałem kol. Jordana, który widział chorą po raz pierwszy 18-go września. Kol. J. podczas badania znalazł objawy wyż opisane a niedokrewność oznaczył jako taką, która wskazuje czynne wystąpienie lekarza. Podczas badania wewnętrznego znalazł znaczne wypuklenie przedniego sklepienia dolnym odcinkiem macicy, część pochwową skróconą z ujściem zewnętrznem drożnem dla końca palca. Zachowanie się chorej podczas badania, dla badającego przykre, zmusiło go do zaniechania dokładniejszego badania.

Co do rozpoznania, to uwzględniając wywiady zgodził się na przypuszczenie, iż najprawdopodobniej rozchodzi się o śluzaka kosmówki (*myxoma chorii*), wykluczając łożysko przodujące — z tem nadmienieniem, że rozpoznanie ściślejsze niemożebne.

Co do leczenia postanowiono: ograniczyć ilość czopków z makowcem do 3 dziennie, odżywiać chorą dobrze, podawać nieco wina po odrobinie, nadto gdyby czynność porodowa sama nie wystąpiła, wzniecić ją sztucznie.

Na drugi dzień po naradzie bóle były silniejsze przez kilka godzin, aniżeli zwykle, poczem wysunęło się z pochwy ciało płaskie, wielkości dłoni a grubości na $1\frac{1}{2}$ centimetra, miękkie, kruche, niecuchnące, zabarwione popielato, które wyglądało zupełnie tak, jak stary skrzep krwi wypłukany, co na razie zdawało się, że nie ulega wątpliwości. Bóle ustały, plamy krwawe zmniejszyły się a chora stała się nieco spokojniejszą.

Domniemany skrzep poddałem w swej pracowni badaniu mikroskopowemu, które ku wielkiemu memu żdziwieniu wykazało, że mamy do czynienia nie ze skrzepem krwi, ale z obumarłą tkaniną, tylko bardzo niewyraźnie się barwiącą, ciałkami krwi przesiąkłą, okazującą tu i ówdzie przekroje naczyń, to znów mniej lub więcej wyraźną tkankę siatkowatą, wśród której duże widać komórki z niewyraźnem dużem jądrem. Barwiłem skrawki różnemi barwikami; z przyczyny jednak, że tkanina była obumarłą, nie dała się wyraź-

nie zabarwić. Mimo to widzieć można było na skrawkach miejsca, gdzie opisane komórki wyraźniej występowały, gdzie kształty jądra były wyraźniejsze i na pewno jako takie rozeznać je było można.

Preparata okazujące komórki tak duże, i utkanie siatkowate odpowiadają w zupełności preparatom, które dnia 4. maja roku zeszłego na posiedzeniu Towarzystwa ginekologicznego przedstawiałem. Na podstawie tego badania rozpoznałem: *endometritis tuberoso polyposa.* Jedne i drugie preparata przedstawiam Kolegom do porównania i ocenienia.

Dnia 22. września widzieliśmy z kol. J. pacyentkę ponownie i postanowiliśmy jeszcze zbadać krew, aby oznaczyć stopień niedokrewności i odpowiedzieć sobie na pytanie: czy wzniecić czynność porodową sztucznie, czy też jeszcze wyczekiwać?

Badanie krwi podjęte przez kol. Surzyckiego wykazało: krew blada, zawiera 50—55% hemoglobiny, ilość ciałek czerwonych 2800000 w mm. sześć. a stosunek ciałek białych do czerwonych jak 1 : 80. Ciałka czerwone trudno się układają w rulony, znaczna *poikilocytosis.*

Badanie to jednak nie wpłynęło już na nasze postępowanie, gdyż niebawem po niem wystąpiła dobrowolnie czynnosć porodowa, która pod wpływem silnych bólów szybko postępowała.

Ponieważ w chwili wystąpienia bolów porodowych w domu mnie nie znaleziono, przeto wezwano obecnego w domu kol. B., który chorą i pierwej podczas ciąży w moim zastępstwie kilkakrotnie widział. Przybywszy zastałem macicę silnie się kurczącą, ujście macicy prawie zupełnie rozwarte, pośladki niezbyt duże do pochwy wstępujące. Po kilku mocnych bólach urodził się płód żeński niemal dobrowolnie, żywy, nie omdlały, w położeniu miednicowem. Waga dziecka 1615 grm.

Odcięto pępowinę i po zaopatrzeniu dziecka całą uwagę zwrócono na matkę, gdyż w 3-im okresie porodowym lub później można się było w tych warunkach obawiać krwotoku. Podczas występowania łożyska straciła chora około

500 grm. krwi; po mocnem nacieraniu dna macicy, po zastósowaniu zimnych okładów na brzuch i po podaniu sporyszu ustało krwawienie.

Łożysko, które Kolegom przedstawiłem, odeszło całe; po stronie matczynej pokryte było szarą warstwą, od strony płodowej widać miejsce, w którem odchodziły błony od łożyska, przyczepione przeważnie dośrodkowo. Z błon znajduje się tylko owodna a na brzegach drobne strzępki doczesnej i kosmówki, które w całości w macicy pozostały.

Chora niedokrewna i wystraszona. W pół godziny po odejściu łożyska, mimo bezustannego czuwania nad macicą, która kurczyła się wcale nieźle, pojawił się krwotok i chora straciła znów około 300 grm. krwi. Z obawy dalszego krwawienia postanowiono: najpierw usunąć skrzepy krwi z pochwy i macicy i wydobyć błony oddzieliwszy je, gdyby tego było potrzeba a potem wytamponować pochwę penghavarem w gazie jodoformowej. — Stósownie do tego usunąłem skrzepy z pochwy i włożyłem dwa palce do jamy macicy, z której też wydobyłem kilka mniejszych skrzepów. Całe wnętrze macicy wymacałem; błon jednak, któreby się oddzielić dały, nie mogłem wyczuć, ale za to znalazłem zmiany, jakich po zwykłych porodach nie spostrzegamy, a mianowicie tak na przedniej jak i na tylnej ścianie znalazłem sterczące ku jamie macicy znaczne, jednostajne wypuklenia, które się ze sobą stykały tak, że pomyślawszy sobie przekrój ciała macicy poprzeczny, jama tegoż przedstawiałaby się w postaci litery H, podobnie jak kształt przewodu pochwowego na poprzecznych przekrojach obserwowany. Wypuklenia te jakoteż i całe wnętrze macicy dawały pod palcami uczucie zbitości ani błonie śluzowej, ani też błonom płodowym nie odpowiadające. Następnie wytamponowano pochwę penghavarem i uciskano tampony ku jamie brzucha a drugą ręką z góry nacierano dno macicy. Krwawienie na zewnątrz nie ponowiło się więcej. W 24 godzin usunięto tampon krwią przesiąkły. Tętno chorej 80 uderzeń na minutę, ciepłota niespełna 37·0° nie podniosła się wyżej przez cały ciąg połogu.

7-go dnia okazały się bardzo cuchnące brudne odchody, a cuchnienie właściwe, jakie się czuć daje tam, gdzie jest zgorzel, napełniło mieszkanie. Poleciłem przestrzykiwanie pochwy, poczem odpływ ten cuchnący do 3-go dnia ustąpił bezpowrotnie. Mimo pilnie skierowanej uwagi żadne strzępy ani błony nie odeszły. Stan chorej ogólny prawie się nie zmieniał, zwolna tylko przychodziła do siebie. Po czterech tygodniach poczęła opuszczać łóżko. Badanie wewnętrzne wykazało macicę ułożoną w prawidłowem przodopochyleniu, dobrze ściągniętą, zbitości prawidłowej, objętości w dwójnasób większej aniżeli w stanie prawidłowym. Część pochwowa gruba nic zresztą osobliwego nie okazuje.

Dziecko żyje i prócz trzechdniowej żółtaczki w pierwszych dniach po porodzie ma się dobrze i na ciele przybiera; mamkę ssie chciwie.

Przypadek opowiedziany przedstawia, jak sądzę, niektóre ciekawe okoliczności i tak:

1) w przypadku tym rozpoznanie było możebnem przed porodem, podczas gdy wielu autorów a między nimi n. p. Veit temu przeczą, twierdząc, że rozpoznanie możebne tylko po odejściu jaja płodowego. W przypadku naszym rozpoznaliśmy na podstawie mikroskopowego badania ciała, które odeszło podczas ciąży. Naturalnie był to bardzo korzystny przypadek, że odszedł strzęp większy, który zwrócił na siebie uwagę; bywały jednak drobne strzępki, które w wielu podobnych przypadkach pojawiać się muszą, a które należałoby przeto poddawać mikroskopowemu badaniu, coby rozpoznanie ułatwiło;

2) że łożysko odeszło bez błon, które i później nie odeszły jako takie;

3) warto zanotować, że płód urodzony tak nędzny żyje i dobrze się rozwija, co rzadko tylko się przydarza;

4) również zaznaczyć można, że połóg przebiegał pomyślnie, podczas gdy zdaniem autorów przypadki takie bardzo często kończą się niepomyślnie.

W dyskusyi zabierali głos:

Kol. Cercha zwraca uwagę, że przy cieczeniu z macicy należy badać wydzielinę mikroskopowo, aby w danym razie można wcześnie rozpoznać *endometritis tuberoso polyposa* i zapytuje, czy utkanie jakie widać na skrawkach przypadku okazywanego w roku zeszłym jest w całej błonie doczesnej, czy tylko w częściach tejże guzowatych, bo w pierwszym razie mielibyśmy zwykłą *endometrit. decidualis* i czy komórki olbrzymie właściwe doczesnej różnią się czem od komórek *endometritis tuberoso-polyposa.*

Kol. Mars: Komórki olbrzymie są charakterystyczne tylko dla *endometr. tuberosopolyposa.*

Kol. Braun. Pod względem klinicznym niczem się nie różni przypadek przedstawiony przez kol. Marsa od zwykłej *endometritis decidualis*, bo w tej ostatniej tak samo od czasu do czasu występują brudne plamienia, skurcze macicy, które raz są większe, drugi raz mniejsze, a podczas porodu przychodzi do zatrzymania albo popłodu całego lub samej doczesnej, dlatego uważałby *endometr. tuberosopolyposa* za większy stopień *endometr. decidualis* i sądzi, że taksamo jak i zwykła *endometr. decidualis* wymaga następowego leczenia.

Zachodziłoby pytanie, ażali w *endometr. tuberoso polyposa* i w późniejszym przebiegu łyżeczkowanie jest tak niebezpieczne jak w świeżych przypadkach, gdzie łyżeczkowanie może sprowadzić śmiertelny krwotok.

Kol. Przewodniczący: Skrobanie będzie zależeć od wyniku badania w pojedynczym przypadku, zawsze radziłby zacząć od sposobów leczenia łagodniejszych.

Kol. Mars zgadza się, że następowe leczenie *endometr. decidualis* winno być przeprowadzone.

5) Kol. Rosner przedstawił przypadek:

Włókniaki macicy i ciąża. Przypadek wyłuszczenia włókniaków z następnem poronieniem i wyleczeniem:

Kobiety dotknięte włókniakami macicy zastępują rzadko. Przyczyną tej niepłodności są niewątpliwie w przeważnej ilości przypadków zmiany błony śluzowej macicy, polegające na nieżycie i przeroście (*endometritis fungosa*), które to zmiany wywołują objaw tak często towarzyszący włókniakom — krwotoki. Nie we wszystkich jednak postaciach włókniaków macicy błona śluzowa jest w tym samym stopniu zmieniona; im bliżej błony śluzowej rozwija się włókniak,

tem zmiany wyraźniejsze, tem krwotoki częstsze i obfitsze, tem ciąża rzadszą. W przypadkach atoli włókniaków podsurowiczych, zwłaszcza uszypułowanych, błona śluzowa macicy może nie okazywać zmian, krwawienia miesięczne mogą się odbywać pod każdym względem prawidłowo, a więc i zapłodnienie może łatwiej nastąpić. Niepłodność zaś jest nadzwyczaj korzystnym objawem włókniaków macicy i śmiało rzec można, że niepłodności wiele kobiet, dotkniętych włókniakami, zawdzięcza życie. „*Ce n'est donc pas impunément qu'une femme atteinte de fibrome devient enceinte*“ mówi Routier[1]), a statystyka dowodzi, że ma słuszność.

Ciąża jest bardzo groźnem powikłaniem włókniaków macicy i w nader wielu przypadkach wywołuje śmierć matki i dziecka. Według Pozziego ginie 53% matek a 66% dzieci, według Meyera[2]) więcej niż połowa matek i dzieci jest stracona.

Gusserow[3]) zebrał w literaturze 228 przypadków, z których 52·9% skończyło się śmiercią matek, 57·2% śmiercią dzieci. Statystyka Stratza[4]), wprawdzie skąpa, daje co do matek te same mniej lub więcej liczby. Uwzględniając te cyfry, mamy prawo powiedzieć, że włókniaki są jedną z najcięższych komplikacyj ciąży i porodu, cięższą od drgawek porodowych i łożyska poprzedzającego.

Zachodzi pytanie, co jest przyczyną tej tak wielkiej śmiertelności matek i dzieci? jaki jest los kobiety ciężarnej dotkniętej włókniakami. ?

Zanim odpowiemy na te pytania, musimy naprzód rozważyć, jaki wpływ ma ciąża na wzrost włókniaków i odwrotnie, jaki wpływ wywierają włókniaki macicy na przebieg ciąży. Co do pierwszego wszyscy autorowie zgadzają

---

[1]) Routier: *Fibrome utérin et grossesse etc. Annales de gynécologie*, Mars, 1890.

[2]) *Centralblatt f. Gyn.* XII, 1888, Nr. 44, p. 723. — [3]) *Die Neubildungen des Uterus*, 1886. — [4]) *Ueber die Komplikation von Tumoren mit Gravidität. Zeitschr. f. Geb. und Gynaek.* X. S. 276.

się na to, że włókniaki podczas ciąży szybciej rosną: naturalnie nie wszystkie i nie zawsze jednakowo szybko. Znane bowiem są przypadki włókniaków podsurowiczych, uszypułowanych i słabo unaczynionych, na których wzrost nie miała ciąża wyraźnego wpływu, te stanowią jednak wyjątki. Ten szybki wzrost, który jest niewątpliwie następstwem wzmocnionego krążenia, jest powodem tego, że objawy uciskowe występują rychlej, niż w przypadkach włókniaków nie powikłanych ciążą. Rzecz jasna, że szybkość, z jaką występują objawy uciskowe zwłaszcza ze strony pęcherza i kiszki stolcowej, te same, które towarzyszą uwięźnięciu tyłozgiętej ciężarnej macicy, zawisła jest od usadowienia włókniaków. Guzy rozwijające się w miednicy małej, po za macicą (*fibromyomata retrocervicalia*) są pod tym względem najgroźniejsze.

Przechodząc do kwestyi jaki wpływ wywierają włókniaki na przebieg ciąży, musimy również zaznaczyć, że zależy to przedewszystkiem od umiejscowienia i jakości włókniaka. Guzy podsurowicze, uszypułowane podnoszą się w miarę wzrostu macicy ku górze i często w niczem nie zakłócają przebiegu ciąży. Nowotwory podsurowicze szeroko osadzone mogą czasem również zachowywać się obojętnie, w innych przypadkach przez swój szybki wzrost stają się powodem poronienia; doszedłszy do pewnych rozmiarów, zajmują w jamie brzusznej tyle miejsca, że macica swobodnie nie może się rozwijać. Włókniaki śródmiąższowe, rozsiane gęsto w miąszu macicy, wywołują często poronienie nawet wtenczas, kiedy nie doszły do zbyt wielkich rozmiarów. W tych przypadkach miąższ macicy, przerosły tkanką nowotworową stracił własność rozwijania się i przerostu równomiernego ze wzrostem jaja i dlatego ciąża nie może się utrzymać. W końcu i zmiany na błonie śluzowej, o których była mowa, przyczyniają się ze swej strony do poronienia przez t. zw. *endometritis decidualis*, krwotoki między błony, a co za tem idzie obumarcie płodu.

Według zestawienia Naussa [1]) w 241 przypadkach ciąży powikłanej włókniakami, wystąpiło poronienie w 47 przypadkach, co daje pokaźny procent 19·5. Według Lefoura [2]) procent ten jest mniejszy i wynosi 12·7.

Poronienie w tych przypadkach miewa często przebieg bardzo niekorzystny. Macica przerosła włókniakami, niezdolna do rozwijania się, straciła również zdolność kurczenia się należytego. Ztąd podczas poronienia krwotoki często groźne, czasem śmiertelne. Rękoczyny, mające na celu wydobycie jaja, błon lub łożyska, niezbędne z powodu groźnych krwotoków, stają się źródłem zakażeń, a czasem i śmiertelnej posocznicy. W końcu znane są przypadki, w których z powodu bezwzględnego ścieśniania, wywołanego rozrostem włókniaka w miednicy małej, nawet mały płód nie mógł się urodzić drogami naturalnemi, przypadki, w których niezbędne było cięcie cesarskie [3]).

Jeżeli ciąża nie została przerwana, wtenczas z chwilą porodu rozpoczynają się nowe niebezpieczeństwa. W przypadkach włókniaków uszypułowanych, podsurowiczych, poród może przebiegać zupełnie prawidłowo i nie różni się niczem od porodu w zwykłych warunkach. Często jednak przebieg porodu jest ciężki i groźny. Przedewszystkiem mogą włókniaki stanowić mechaniczną przeszkodę i wywołać niestosunek porodowy. Czynią to przedewszystkiem guzy, które się rozwinęły w miednicy małej (*f. retrocervicalia*) lub uwięzły w jamie Douglasa. Niestosunek ten, który się często nie daje usunąć przez odprowadzenie guza, bywa czasem absolutnym i daje wskazania do najcięższych zabiegów położniczych. Jeżeli niema niestosunku, w tenczas jak wykazuje statystyka, przebieg porodu nie zawsze bywa prawidłowy. Te same zmiany w miąższu macicy, o których wspomina-

---

[1]) Nauss: *Dissert. inaug.* Halle, 1882, cyt. z Pozziego.— [2]) Lefour: *Des fibromes utérins au point de vue de la grossesse.* Paris 1880.

[4]) Langner: *Die Myomotomie am schwangeren Uterus. Brl. kl. Wschr.* 1886, Nr. 29.

liśmy mówiąc o poronieniu, zmiany wywołane przez to, że rozsiane włókniaki przerastają ściany macicy, stają się i podczas porodu źródłem rozlicznych niebezpieczeństw, więc tak jak w poronieniu krwotoków i zakażenia, a nadto nieprawidłowego położenia płodu (poprzeczne), słabych bólów itd. Nic więc dziwnego, że i w przypadkach, gdzie niema niestosunku porodowego, procent operacyj położniczych, często ciężkich, jest znaczny. Niebezpieczeństwo porodu wykazuje najlepiej statystyka Süsserotta[1]. W 147 przypadkach, które zebrał, potrzebna była operacya kleszczowa 20 razy, obrót 20 razy, ręczne wydobycie łożyska 21 razy. W 20 przypadkach operacyj kleszczowych uratowano tylko 12 matek i 7 dzieci; po 20 obrotach umarło 12 matek i 17 dzieci; w 21 przypadkach wydobycia łożyska tylko 8 matek uszło śmierci. Być może, że dziś wyniki pooperacyjne, dzięki antiseptyce, są lepsze, statystyka Süsserotta jednak bądź co bądź dowodzi, że operacye położnicze w przypadkach włókniaków są bardzo częste i niezwykle niebezpieczne. Jeszcze gorsze, nawet znacznie gorsze, wyniki daje cięcie cesarskie. Pozzi cytuje statystykę Sängera (43 przyp.), z której wynika, że śmiertelność po cięciu cesarskiem wynosi 83·7%. W nowszych czasach Gördes[2]) ogłosił przypadek zakończony pomyślnie cięciem cesarskiem w klinice Martina, Tuffier[3]) zaś opisuje bardzo ciekawy przypadek zakończony śmiercią. Z powyższego zestawienia wynika, ze wpływ włókniaków macicy na poród jest w znacznej ilości przypadków niekorzystny.

Pozostaje połóg. W połogu, podobnie jak w ciąży, możemy mówić o wpływie wzajemnym nowotworów na przebieg połogu, i połogu na rozwój włókniaków.

Że połóg w wielu przypadkach nie jest wcale zakłóconym, to nie ulega wąpliwości, że w innych przypadkach

---

[1]) *Diss. inaug.* Rostock, 1870 według Pozziego.
[2]) *Zeitschr. f. Geb. und Gynaek.* XX, 1890, p. 100. —
[3]) *Annales de Gynécologie,* Novembre 1889.

przebiega niekorzystnie a przynajmniej nieprawidłowo, to wynika już z tego, co podano, mówiąc o porodzie. Tak zakażenie, jak i niedokrewność ostra, nabyta podczas porodu, nie mogą pozostać bez wpływu na przebieg połogu. Ciekawe spostrzeżenia, tyczące się tej sprawy podaje Meyer[1]). — Wpływ połogu na rozwój włókniaków jest bardzo wybitny wpływ ten jest dwojaki: korzystny lub niekrzystny. Wpływ korzystny polega na tem, że włókniaki, które w czasie ciąży brały udział w ogólnym przeroście części rodnych i korzystały niejako z niezwykle dobrych warunków odżywienia, t. j. ze zwiększonego dopływu krwi, teraz ulegają podobnie jak części rodne inwolucyi i zmniejszają się. Fakt ten potwierdzają spostrzeżenia licznych autorów. Felsenreich[2]) opisuje dwa przypadki, w których po porodzie, odbytym na czasie włókniaki uległy bardzo wybitnej inwolucyi, i trzeci, w którym to zmniejszenie się nie było znaczne, ale w każdym razie wybitne, w końcu czwarty przypadek, w którym po przedwczesnym porodzie włókniaki mało co się zmniejszyły. W przypadku Gördesa[3]) włókniak zmniejszył się również znacznie.

Wpływ niekorzystny polega na tem, że włókniaki obumierają, ulegają rozkładowi i wywołują śmiertelne zakażenie. W jednym z przypadków opisanych przez Mayera[4]) nastąpiło po porodzie (w 9 m. ciąży) obumarcie włókniaka i śmierć z powodu zakażenia; w drugim przypadku cytowanym przez tegoż autora nekroza guza śródmiąższowego stała się również przyczyną śmierci z posocznicy; w trzecim przypadku wyłuszczono obumarły nowotwór, nie uratowano jednak kobiety od śmierci.

Zestawiwszy w ten sposób, chociaż pobieżnie, niebezpieczeństwa grożące kobiecie ciężarnej, dotkniętej włókniakami macicy i wykazawszy w głównych zarysach wpływ włókniaków na przebieg ciąży, porodu i połogu, przecho-

---

[1]) l. c. — [2]) *Centrbl. f. Gynaek.*, XIII, 1889, Nr. 35, p. 620. — [3]) l. c. — [4]) l. c.

dzimy do sprawy najważniejszej: do **leczenia** w czasie ciąży. Rozpoznawszy włókniaki macicy ciężarnej wiemy, że mamy do czynienia z cierpieniem ciężkiem, ktorego ofiarą pada więcej niż 50% chorych. W przypadkach nie położniczych, wobec choroby tak groźnej byłoby usprawiedliwione leczenie najradykalniejsze operacyjne, byleby ono tylko wykazywało niezłe wyniki. Inaczej w przypadkach włókniaków macicy ciężarnej. Leczenie radykalne w ciąży, polegające na wycięciu macicy ciężarnej, poświęca dziecko i pozbawia matkę płodności. Pomimo to zabieg nawet tak radykalny byłby usprawiedliwiony, gdybyśmy byli pewni, że tyko za taką cenę życie matki da się uratować. Wszak w przypadku raka macicy ciężarnej, który zostawiony sam sobie musi stać się przyczyną śmierci matki, poświęcenie życia dziecka i płodności matki nie jest ofiarą zbyt wielką, bo się ofiarą tą okupuje życie matki. Wobec przypadku ciąży powikłanej włókniakami nasuwa się mimowoli myśl, czy dany przypadek nie należy do tych szczęśliwych i bynajmniej nie wyjątkowych, w których ciąża, poród i połóg pomimo włókniaków przebiegać będą prawidłowo, w których włókniaki zanikną w połogu i przez długi szereg lat stanowić będą niewinną i niedolegliwą zmianę anatomiczną macicy. Zważywszy więc, że dany przypadek może zakończyć się najpomyślniej dla matki i dziecka, zważywszy nadto, że rękoczyn jakikolwiek, przedsięwzięty w ciąży, narazić może i matkę i płód — nabierzemy przekonania, że leczenie powinno być, ile możności, wyczekujące.

Zapatrywanie to, powszechnie przyjęte, wygłasza Th. **Landau**[1]) w następujący sposób: „*Ein Myom, welches in oder auf einem schwangeren Uterus sitzt, erfordert an sich noch kein ärzliches Einschreiten. Und sein Vorhandensein rechtfertigt nur ein sorgfältiges Beobachten des Schwanger-*

---

[1]) Th. Landau: *Zur Behandlung der durch Myome komplicirten Schwangerschaft und Geburt. Samml. klin. Votr.* 1891 Nr. 26.

schafts- und Geburtsverlaufes. Das gilt gleichmässig für alle gutartigen Geschwülste der Gebärmutter, welche Bau, welche Form und welchen Sitz sie auch immer haben mögen".

Zabieg operacyjny jest usprawiedliwiony i wskazany wtenczas, jeżeli istnieją przypady, które każą się obawiać, że dany przypadek nie należy do tych szczęśliwych, pomyślnie przebiegających, że wobec dłuższego wyczekiwania grozi matce i płodowi niebezpieczeństwo poważne; innemi słowy: samo rozpoznanie nie usprawiedliwia operacyi tak, jak np. w przypadkach nowotworów złośliwych lub guzów jajnika; oprócz rozpoznania potrzebne są jeszcze wskazania. Co stanowi w przypadkach włókniaków macicy ciężarnej wskazanie do operacyi?

W dziełach o operacyach ginekologicznych Hegara i Kaltenbacha[1]) oraz Hofmeiera[2]) nie znajdujemy jasno zestawionych wskazań; jest tam tylko wzmianka o objawach uciskowych, o okręceniu szypuły i następowem zapaleniu otrzewny (Hegar i Kaltenbach), o znacznych rozmiarach guza (Hofmeier). Schroeder[3]) w nauce o położnictwie mówi ogólnikowo, że zabieg operacyjny (*myomotomia*) jest wskazany w tych przypadkach włókniaków, które niepowikłane ciążą dawałyby wskazanie do myomotomii; nadto wspomina osobno o szybkim wzroście i dużych rozmiarach obrzęków. W nauce o chorobach kobiecych[4]) uważa tenże autor myomotomię w ciąży za wskazaną wtenczas, kiedy guzy doszły do takich rozmiarów, że obok nich nie może się swobodnie rozwijać macica ciężarna, nie wywołując groźnych niebezpieczeństw i nieznośnych dolegliwości, i w tych przypadkach, w których włókniak duży rozrasta się w miednicy małej, macica zaś ciężarna mieści się powyżej tak, że podczas porodu stanowić będzie włókniak absolutną prze-

---

[1]) *Operative Gynaekologie.* 1886. — [2]) *Grundris der gynaekologischen Operationen.* 1892. — [3]) *Lehrbuch der Geburtshilfe* (Olshausen u. Veit), 1888. — [4]) Schröder: *Handbuch der Krankheiten der weibl. Geschlechtsorgane,* 1886.

szkodę porodową. Martin[1]) w podręczniku położnictwa omawia tę sprawę bardzo pobieżnie, podobnie Pozzi[2]), który może najdokładniej zestawia literaturę, dotyczącą tego przedmiotu.

W 3 przypadkach, opisanych przez Hofmeiera[3]), stanowiły wskazanie do zabiegu objawy uciskowe, zresztą autor ten nie zastanawia się bliżej nad wskazaniami.

Dłużej i dokładniej rozwodzi się nad tem Th. Landau[4]); rękoczyn zdaniem jego jest potrzebny wtenczas, kiedy guz wywołuje groźne objawy uciskowe, mocznicę i puchlinę brzuszną, i w przypadkach, w których guz bardzo szybko rośnie. To samo mniej lub więcej zapatrywanie wygłasza Vogel[5]). Gördes[6]), mówiąc o wskazaniach do laparatomii w przypadkach włókniaków podsurowiczych twierdzi, że rękoczyn jest na miejscu wtenczas, *wenn sie (Myome) entweder die Entwickelung des Uterus oder den späteren Ausgang der Schwangerschaft zu stören drohen.*" Zdanie to, teoretycznie słuszne, nie daje się jednak do konkretnego przypadku zastosować, bo któż może w pierwszych miesiącach ciąży przewidzieć, jaki będzie jej dalszy przebieg w przypadkach powikłanych włókniakami.

Obok wyżej wzmiankowanych znajdujemy nowe wskazanie w pracy Langnera[7]), mianowicie krwawienia, naturalnie z włókniaków podśluzowych szyi, i obawa poronienia, czyli chęć utrzymania ciąży. To ostatnie może naturalnie usprawiedliwić tylko zabieg konserwatywny z zachowaniem macicy ciężarnej. W końcu, zdaniem Vogla[8]) w wyjątkowych przypadkach zmusza do rękoczynu obumarcie i rozpad nowotworu, który, jak twierdzi autor i Krukenberg[9]), może się wydarzyć i w ciąży.

---

[1]) Martin: *Lehrbuch der Geburtshilfe* 1891. — [2]) Pozzi *Traité de Gynécologie*, II ed., 1892. — [3]) Hofmeier: *Die Myomotomie.* Stuttgart 1884. — [4]) Landau l. c.

[5]) *Ueber supravag. Amputation des schwang. Uterus etc. Diss. inaug.* Giessen 1886. — [6]) l. c. — [7]) Langner l. c.

[8]) Vogel l. c. — [9]) Krukenberg: *Archiv. f. Gynaekol.* XXI, 1883.

Zebrawszy tedy rozmaite zapatrywania, możemy powiedzieć, że zabieg operacyjny w przypadkach włókniaków macicy powikłanych ciążą jest wskazany: 1) jeżeli nowotwór w pierwszych miesiącach ciąży bardzo szybko rośnie tak, że łatwo przewidzieć można groźne następstwa, jakie wyniknąć muszą z tego wzrostu w dalszych miesiącach;

2) jeżeli guz, chociażby niewielki, wywołuje objawy uwięźnięcia (niemożność oddawania moczu i stolca, grożące poronienie, uremię), a pomimo usiłowań w narkozie odprowadzić się nie daje:

3) jeżeli, rozwinąwszy się podśluzowo w szyi, wywołuje groźne krwotoki tak, że wyczekiwanie końca ciąży, chociaż bardzo pożądane, może się stać dla matki niebezpieczne;

4) jeżeli nowotwór obumarł i ulegając rozkładowi grozi posocznicą i śmiercią. Grożące poronienie, które zdaniem Langnera zmusza do operacyi, jest chyba wskazaniem przyszłości; zabieg konserwatywny, polegający na usunięciu nowotworu z pozostawieniem macicy ciężarnej, który nawet wtenczas, kiedy niema śladu rozpoczętej czynności porodowej, często staje się wprost przyczyną przerwania ciąży, wywoła poronienie tem rychlej, jeżeli się go wykona w przypadku, w którym dolny odcinek macicy uległ zadrażnieniu, a kurczenie się ciała macicy, plamy krwawe i skracanie się części pochowej zwiastują przedwczesne przerwanie ciąży. Zasada: *cessante causa, cessat effectus*, nie daje się tu niestety zastosować. Wiemy przecież, że poronienie wzniecone żywemi ruchami, n. p. tańczeniem, często nie daje się zatrzymać mimo usunięcia przyczyny, podobnie jak poronienie wywołane mocno zesznurowanym gorsetem postępuje często dalej pomimo zdjęcia gorsetu. O ileż więcej w przypadkach włókniaków, które grożą przedwczesnem przerwaniem ciąży, usunięcie nowotworu, a więc przyczyny, nie będzie w stanie powstrzymać poronienia, skoro sam zabieg mający to na celu jest tak silnym bodźcem, wywołującym bóle porodowe.

W końcu nie możemy i o tem zapomnieć, że poronienie bezpośrednio po zabiegu operacyjnym musi mieć przebieg groźniejszy.

Zachodzi pytanie, co robić, jaki zabieg wybrać, jeżeli istnieje jedno z czterech wyliczonych wskazań, jeżeli więc czynne wdanie się jest potrzebne. Odpowiedź na to pytanie nie jest tak naturalną i prostą, jakby się wydawało. Przyczyną wszelkich niebezpieczeństw nie jest ciąża jako taka, ona w zwykłych przypadkach jest przecież stanem fizyologicznym, nie jest również włókniak, bo guz ten nie powikłany ciążą, prawdopodobnie nie wywołałby groźnych objawów; przyczyną niebezpiecześstwa jest właśnie to powikłanie, ten fakt, że ciąża rozwija się w macicy dotkniętej włókniakami.

Leczenie operacyjne może więc być trojakie: 1) najradykalniejsze polega na wycięciu macicy ciężarnej razem z włókniakami; 2) wywołanie poronienia. W tym przypadku usuwa się ciążę, a pozostawia włókniaki, które po przerwaniu ciąży nie są niebezpieczne; 3) usunięcie włókniaków. Tutaj pozostawia się znowu macicę ciężarną w nadziei, że ciąża po usunięciu nowotworów przebiegać będzie prawidłowo. Każdy z tych sposobów ma niewątpliwie swoje uprawnienie, swoje wskazania i swoje zalety, nie wszystkie jednak sposoby mają tę samą wartość leczniczą. Najmniej stron dodatnich ma niewątpliwie wywołanie poronienia: postępując tą metodą poświęca się płód dla usunięcia niebezpieczeństwa grożącego matce; dzieje się to zgodnie z zapatrywaniem powszechnie w położnictwie przyjętem, że w podobnych razach życie matki ceni się więcej, niż życie płodu. Zabieg taki jednak, ażeby był usprawiedliwiony, powinien być dla matki łagodny, i nie powinien jej narażać na znaczniejsze niebezpieczeństwo. Do rzędu podobnych zabiegów, poświęcających życie dziecka dla ratowania matki, należy wymóżdżenie żywego płodu; — operacyi tej nie odmawia nikt uprawnienia, gdyż jest dla matki zabiegiem najłagodniejszym, jaki w danych warunkach daje się zastosować. Nie można tego niestety powiedzieć o wywołaniu poronienia w przypadkach ciąży

powikłanej włókniakami; przedewszystkiem samo poronienie dobrowolne jest w tych warunkach niebezpiecznie, jak to wyżej wykazano: jest niewątpliwie niebezpieczniejsze, jeżeli zostało wywołane sztucznie: musi się ono przeciągać dłużej, niż dobrowolne, ztąd dłużej trwające krwotoki i większe niebezpieczeństwo ostrej niedokrewności — a nadto wobec manipulacyj w drogach rodnych, potrzebnych do wywołania poronienia większe prawdopodobieństwo zakażenia, które tak często nawet po dobrowolnem poronieniu staje się przyczyną śmierci. Powtóre, po szczęśliwie odbytem poronieniu istnieje możność zastąpienia w tych samych niekorzystnych warunkach, a z nową ciążą grozi po raz wtóry cały szereg dolegliwości i niebezpieczeństw. Po trzecie, włókniaki, które się zostawia w nadziei, że one po przerwaniu ciąży nie będą zakłócać zdrowia, nie we wszystkich przypadkach odegrają rolę niewinnych, dobrotliwych nowotworów; mogą one bezpośrednio po poronieniu obumrzeć i przez rozkład grozić posocznicą, mogą zresztą i po latach stać się przyczyną groźnych objawów, a przez te dać wskazanie do ciężkiego zabiegu operacyjnego, jakim jest myomotomia. Z tych przyczyn większość autorów przemawia przeciwko wywołaniu poronienia, ograniczając wskazanie do tych rzadkich przypadków, w których żaden inny zabieg nie daje się wykonać, a wdanie się czynne jest niezbędne. I tak Hegar i Kaltenbach[1]) potępiają ten zabieg bezwzględnie, podobnie Pozzi[2]), Th. Landau[3]), Hauser[4]) i inni. Nieco łagodniej wyraża się o nim Schroeder[5]), który go w wielu przypadkach zaleca, oraz Meyer[6]).

To, co powiedziano o sztucznem poronieniu, odnosi się w większej części również do wywołania porodu przedwczesnego. Operacya ta, narażająca matkę na te same niebezpieczeństwa co poronienie, stoi przecież od tej ostatniej o tyle wyżej, że nie poświęca wprost dziecka i daje mu choćby

---

[1]) l. c. — [2]) l. c. — [3]) l. c. — [4]) Hauser: *Archiv. f. Gynaek.* XLI, 1891. — [5]) Ginekol. i położnictwo — [6]) l. c.

słabe szanse życia. Za rękoczynem tym przewawia Felsenreich[1]).

Racyonalniejszym niewątpliwie zabiegiem jest wycięcie macicy ciężarnej razem z włókniakami (*amputatio supravaginalis uteri gravidi*). Jest on lepszym od przerwania ciąży już dla tego, że jest radykalnym. Po szczęśliwie przebytym rękoczynie nie grożą już kobiecie niebezpieczeństwa drugiej ciąży, bo kobieta stała się niepłodną, ani dolegliwości, a może i ciężka operacya, wywołana rozwojem włókniaków, bo razem z macicą pozbyła się chora i nowotworów. Pomimo tych zalet nie jestto zabieg bez zarzutu: poświęca on, wykonany wcześnie, życie dziecka i czyni kobietę niepłodną. Jak statystyka wykazuje, rękoczyn ten wykonywa się najczęściej we wczesnych miesiącach ciąży i tak w 18 przypadkach zestawionych przez Pozziego operowano 16 razy przed 6-tym miesiącem ciąży, a więc bez nadziei utrzymania życia płodu, a raz tylko (v. Ott) udało się uzyskać dziecko żywe, dzięki zabiegowi wykonanemu z końcem ciąży. Natomiast uratowano 13 matkom życie (72·3%). Według dokładnego zestawienia Hausera wykonano dotychczas zabieg ten 24 razy, z tych 9 razy z zejściem śmiertelnem, co daje procent 37·5. Cyfra to duża, niema jednak rozstrzygającego znaczenia z powodu małej ilości znanych przypadków. Zabieg ten ma być zdaniem autorów, którzy go wykonywali (Kaltenbach, Hofmeier) nie tylko nie trudniejszy od amputacyi w zwykłych warunkach, ale wprost łatwiejszy. Hofmeier pisze: „... *ist in Folge der ausserordentlichen Auflockerung der Gewebe und der erhöhten Zugänglichkeit des Operationsfeldes die technische Ausführung geradezu erleichtert*".

Niewątpliwie najpiękniejsze zadanie ma do spełnienia trzeci zabieg, o którym wyżej wspominaliśmy, to jest usunięcie włókniaków z zachowaniem macicy ciężarnej. Zalety jego polegają na tem, że mając do czynienia z wikłającymi

---

[1]) l. c.

się dwoma stanami, fizyologicznym i patologicznym, usuwa patologiczny, t. j. włókniaki, a zostawia fizyologiczny, t. j. ciążę. W ten sposób, wykonany nawet we wczesnych miesiącach ciąży nie wyklucza donoszenia płodu i prawidłowego porodu na czasie, nie czyni kobiety niepłodną, ale usuwając to, co było w macicy chorobowem, daje jej możność zastąpienia i donoszenia w warunkach prawidłowych. O ile po przerwaniu ciąży w przypadkach włókniaków należy się zastąpienia obawiać, o tyle po usunięciu włókniaków z pozostawieniem macicy należy go się spodziewać. Ma jednak i ten zabieg swoją ujemną stronę: pozostawienie macicy ciężarnej, zadraźnionej bądź co bądź zabiegiem operacyjnym, każe się obawiać poronienia, którego przebieg bezpośrednio po operacyi może być groźny (Martin).

Usunięcie włókniaków z pozostawieniem macicy (mówimy tu o laparotomii, nie o usunięciu polipów podśluzowych) daje się niestety tylko w rzadkich, wybranych przypadkach wykonać. Wskazaniem do tego zabiegu są przedewszystkiem guzy podsurowicze, uszypułowane, wobec których operacya ta jest równie łatwą i zrozumiałą jak w przypadkach nowotworów jajnikowych uszypułowanych; następnie włókniaki podsurowicze szeroko osadzone, które, jednak dają się wyłuszczyć z macicy; niektórzy autorowie (Fogel, Frommel) posuwają się tak daleko, że chcą zabieg ten wykonywać nawet w przypadkach guzów śródmiąższowych. Frommel wygłasza zapatrywanie, że wobec włókniaków śródmiąższowych należy próbować wyłuszczenia, zmienić zaś plan dopiero wtenczas, kiedy się otworzy jamę macicy. Zgodnie z Landauem należy się wobec takiego śmiałego postępowania obawiać niekorzystnych wyników, z powodu porenienia, które zabieg tak energiczny musi często wzniecać.

Wyłuszczenie zachowawcze nowotworów i doszczętne wycięcie macicy (*amputatio supravaginalis*) nie są zabiegami, któreby miały ze sobą rywalizować o pierwszeństwo. Dla wyłuszczenia z zachowaniem macicy istnieje pewien zakres wskazań, po za który operacya ta nie może wykraczać, ale w którego granicach jest zabiegiem jedynie racyonal-

nym. Ten zakres wskazań stanowią włókniaki podsurowicze uszypułowane i niektóre podsurowicze szeroko osadzone, które bez wielkiego zranienia macicy dają się z niej wyłuszczyć.

Przeciwnie zabieg radykalny (*amputatio*) jest wskazany przedewszystkiem wobec włókniaków śródmiąższowych, wobec włókniaków podsurowiczych szeroko osadzonych mnogich, których wyłuszczenie wymagałoby kilkakrotnego zranienia macicy, i wobec takich podśluzowych, które przez pochwę wyjąć się nie dają. W tych granicach zabieg radykalny, acz poświęcający dziecko, jest w swojem prawie, i w te prawa nie może wkraczać ani zabieg konserwatywny, ani przerwanie ciąży.

Tylko w tych wyjątkowych przypadkach, w których z przyczyn technicznych inny zabieg nie daje się wykonać, a ciężkie objawy zmuszają do czynnego wkroczenia, można, jak to już wyżej wspomniano, myśleć o przerwaniu ciąży.

Wobec tylu teoretycznych zalet, których nie można odmówić zabiegowi zachowawczemu, zachodzi pytanie, jaki wyrok wydaje o nim statystyka. Z góry zastrzedz się musimy, że tego wyroku nie możemy uważać za prawomocny, gdyż ilość przypadków, którą rozporządza statystyka jest bezwarunkowo za mała. Hegar i Kaltenbach[1]) (1886) cytują przypadków 7, Stratz (1886)[2]) 8, Vogel (1886)[3]) 9, Th. Landau[4]) (1891) już 17, Pozzi[5]) (1892) 17, Höfmeier[6]) (1892) tylko 12, obecnie zaś w literaturze (o ile mi była dostępna) znanych jest przypadków 22, do których doliczam odrazu nasz przypadek, który poniżej dokładnie opiszę, jako 23-ci. Pierwszy operacyę tę wykonał Péan, po nim Thornton, reszta rozdziela się jak następuje: 5 przypadków Martin, 2 przypadki Frommel, po jednym Schröder, Hegar, Studgaard, Landau, Odgen, Barnes, Gordon, Routier, Homan, Bergh, K. Braun, Kuestner i Bidder; w końcu

---

[1]) [2]) [3]) [4]) [5]) [6]) l. c.

jeden operowany był w klinice ginekologicznej krakowskiej. Z tych 23 przypadków 7 zakończyło się śmiercią (30·4%), 16 zaś korzystnie dla matki (69.6%). Z tych 16: w 7 wystąpiło poronienie bez szkody dla matki, w 9 zaś ciąża trwała do końca. Z tego wynika, że zabiegiem tym uratowano 69·6% matek, a 39·1% dzieci. Jakkolwiek statystyka ta opiera się na małej liczbie przypadków, pomimo to musi ona zachęcać do podejmowania zabiegu, który nie poświęcając życia dziecka, tak często wprost ratuje życie matki.

Przypadek obserwowany w klinice krakowskiej, a zaliczony już do powyższego zestawienia, przedstawia się jak następuje:

R. G., lat 30, zamężna, zgłasza się do kliniki dnia 24 maja 1892 r. Miesiączkowała dawniej prawidłowo, zamężna od lat 12. Rodziła 5 razy, porody i połogi przebiegały prawidłowo. Ostatni poród w styczniu 1891. Karmiła przez 3 miesiące. W ośm miesięcy po porodzie wystąpiła regularność raz, w cztery miesiące potem drugi raz, od 4 miesięcy chora znowu nie miesiączkuje.

Powiększenie brzucha zauważono już podczas porodu w styczniu 1891, a babka obecna przy porodzie uważała guz za drugie dziecko. Guz ten rósł od tego czasu wolno, dopiero od kilku miesięcy powiększa się b a r d z o s z y b k o. Przez dwa ostatnie tygodnie doznawała chora bólów w krzyżach, a przy zmianie położenia w łóżku zdaje się jej, jakby się coś w brzuchu przewracało. Obecnie nie doznaje dolegliwości. Mocz i stolec oddaje prawidłowo.

Badanie wykonane w dniu przyjęcia wykazuje: Osoba wzrostu słusznego, bez obrzęków koło kostek, odżywienie słabe, ciepłota i tętno prawidłowe. Sutki wiotkie, pomarszczone, żyły podskórne przeświecają. Zabarwienie obwódki ciemne, gruczoły łojowe Montgomeryego sterczące. Brodawki grube, pałkowate. Zrazy gruczołowe miernie wymacalne. Przy ucisku występuje bardzo mała ilość kleju.

O g l ą d a n i e. Brzuch nieregularnie wypuklony, więcej nad spojeniem i po stronie lewej, niż prawej. Przez powłoki zarysowuje się kilka wypukleń, jedno między pępkiem a spojeniem, najwybitniejsze na 3 palce pod pępkiem, drugie mniejsze koło pępka, wielkości małego jabłka. Nadto powyżej pępka zarysowują się jeszcze niewyraźne kontury dwóch guzów po stronie prawej i lewej. Linia środkowa nad i pod

pępkiem zabarwiona, na skórze blizny poporodowe, pępek płaski. Okolice nadpachwinowe znacznie wypuklone.

Dotykanie. Powłoki skórne nad guzem po stronie prawej więcej napięte, niż po stronie lewej, chude, dają się we fałd ująć i nad guzami przesuwać. Badając głębiej czuć obrzęk nad spojeniem łonowem wielkości głowy męzkiej, o powierzchni gładkiej, elastyczny, jakby chełboczący; sięga on na 2 palce niżej pępka, na lewo do *spina ant. sup.*, na prawo na 3 palce od linii środkowej. Nad prawą pachwiną czuć obrzęk wsuwający się małym odcinkiem w miednicę małą, sięgający w górę aż w podżebrza, o powierzchni gładkiej, elastyczny, w dole nieco miększy niż w górze, czasem jakby jędrniejący przy dotknięciu. Na krańcu prawym guz ten jest nieco twardszy. Między temi obrzękami tuż pod pępkiem jest guzek wielkości jabłka, złączony z poprzedniemi jakby szypułą. Tuż obok takiż guzek ruchomy, o ścianach napiętych, elastycznych. Na lewo od pępka i w górze (w podżebrzu) znów guz wielkości dużej pięści, o tych samych cechach, co wyżej opisane. Guzy są przy dotknięciu niebolesne. Odgłos wypukowy nad guzami stłumiony, w podżebrzu lewem bębenkowy. Ruchomość mała.

Wymiary. Od spojenia do pępka 20 ctm., do wyrostka mieczykowatego 39. Obwód przez pępek 94 ctm.

Badanie wewnętrzne. Wejście do pochwy szerokie, pochwa gładka, tylna ściana gorzej do sąsiedztwa przyczepiona. Część pochwowa w prawidłowej wysokości, na falangę długa, prawidłowej zbitości. Ujście tworzy szparę poprzeczną z wrębami po bokach; do szyi, która ku górze się ścieśnia, można koniec palca włożyć. Ruchy guza brzusznego nie udzielają się palcowi, leżącemu na szyi. Dalszy ciąg macicy nie daje się napewne wykazać — zdaje się być w sklepieniu przedniem. Przedsionek ciemno-różowy, wejście do pochwy otoczone strzępami, szerokie. Pochwa, oglądana we wzierniku, ciemno-różowa, jej tylna ściana gładka, na przedniej *columnae rugarum*. Część pochwowa sino-różowa, ujście poprzeczne bez erozyi, błona śluzowa na części pochwowej napięta. Mocz, jasny, czysty, zawiera śladzik białka. Sonda maciczna metalowa Valleixa wchodzi w prawidłowym kierunku i wykazuje, że macica jest o 12 mm. dłuższą od prawidłowej.

Rozpoznanie cierpienia wahało się między guzem jajnikowym a włókniakiem macicy. Dnia 30/V operacya. Prof. Madurowicz polecił mnie wykonanie tejże. Zabieg wykonałem przy łaskawej asystencyi szefa kliniki a nadto prof.

Dra Marsa, doc. Dra Bossowskiego, Dra Cerchy i Dra Świtalskiego. Chorą należycie przeczyszczoną zachloroformowano. Pole operacyjne obmyto mydłem i sublimatem. Cięcie poprowadziłem w linii środkowej pod i nad pępkiem, na długość 20—24 ctm. Zauważono rozstęp mięśni prostych. Po otwarciu jamy brzusznej rozpatrzono się w topografii. Nad spojeniem guz wielkości macicy w 5 miesiącu ciąży, sinawo-różowy, od którego po obu bokach odchodzą prawidłowe części dodatkowe. Jest to, jak przypuszczano, macica powiększona, gładka, miękko-elastyczna, prawie chełbocząca. Części płodowych wykazać nie można. Od dna po stronie prawej, powyżej prawej trąbki odchodzi od macicy guz; jest on w miejscu odejścia tak gruby, jak ramię mężczyzny. Zaraz za miejscem odejścia przechodzi w guz, zajmujący całą jamę brzuszną. Ma on kształt fantastyczny, jest w kilku miejscach przewężony i zdaje się składać z trzech dużych guzów (jeden nad pachwiną prawą, drugi w podżebrzu prawem, trzeci w podżebrzu lewem), na których, na krótkich szypułkach siedzą dwa mniejsze guzki wielkości małych jabłek w okolicy pępka. Ponad pępkiem po stronie lewej przyczepiona do guza w dwóch miejscach sieć o grubych naczyniach. Jeden z tych zrostów podwiązano podwójnie jedwabiem i przecięto między ligaturami, drugi szerszy podwiązano z pomocą narzędzia Dechampa. Po oddzieleniu zrostów wytoczono guz przed powłoki. Teraz trzeba było roztrzygnąć pytanie, czy powiększona macica jest ciężarna czy nie. *Graviditas an fibroma?* Z uwagi, że guz, odpowiadający macicy, był miększy od obrzęku nowotworowego, że okazywał niemal chełbotanie, a powierzchnia, kształt i umiejscowienie, jak niemniej stosunek części dodatkowych do guza, razem zebrane, stanowczo ciążę podejrzywać kazały, przystąpiono teraz do dokładniejszego badania. Badanie przez pochwę poucza: Pochwa rozpulchniona jest wyciągniętą ku górze i przylega do tylnej ściany spojenia łonowego, ponad którem czuć miękką, rozpulchnioną, na $^1/_2$ ctm. długą część pochwową, której ujście koniec palca łatwo przepuszcza. W sklepieniach nic wykazać nie można. Ponieważ ten wynik badania należało odnieść do okoliczności, że macica badana była wytoczona przed powłoki brzuszne, wsunięto ją przeto napowrót do jamy brzucha, wpuszczając w naturalne położenie. Równocześnie palec badający w pochwie wymacał położenie pochwy zmieniające się w prawidłowe, zaczem i część pochwowa niżej ułożona, o wiele dłuższą się okazała, gdyż długość jej wynosiła 2 ctm. — W sklepieniach, a naj-

wyraźniej w tylnem, czuć dalszy ciąg miękkiej, rozpulchnionej macicy, która z guzem do jamy macicy wpuszczonym, okazuje związek, jak to badaniem oburęcznem wykazać można. Na tej podstawie, nie przesądzając możności istnienia zbyt rozmiękłego włókniaka ściennego macicy, rozpoznano ciążę 5 miesięczną. Przemilczeć nam nie wypada, że poszukiwanie za częściami płodowemi, które w macicy w tym miesiącu bezpośrednio omacywanej, wyraźnie powinny się dać wykazać, dało wynik ujemny, co się znów tem tłómaczy, że wobec urazu, jaki rękoczyn sam stanowił, poszukiwanie części płodowych odbywało się bardzo delikatnie. Gdyby nadto nie okoliczność, że macica mimo urazu nie jędrniała (co się tłómaczy narkozą chloroformową), bylibyśmy rozpoznanie ciąży jako pewne uznali.

W obec tych okoliczności woleliśmy przystąpić do wyłuszczenia guza z zachowaniem macicy, niż do amputacyi nadpochwowej. Dokoła nasady guza (t. j. miejsca, w którem guz odchodził do macicy) założono ligaturę elastyczną. Z guza złuszczono szeroki rękawek (*manchette*) otrzewny, celem pokrycia ubytku po amputacyi; brzegi rękawka otrzewnowego uchwycono w kilku miejscach kleszczykami Billrotha Péana. Następnie zaczęto oddzielać guz od macicy na tępo palcami lub zamkniętemi nożyczkami, co szybko uskuteczniono. W ten sposób wyjęto nowotwór z brzucha. Teraz usunięto ligaturę elastyczną i przystąpiono do zaszycia szerokiego ubytku w ścianie macicy. Użyto do tego celu szwu katgutowego ciągłego, którym zaszyto ranę w trzech piętrach. Dwa piętra w głąb zapuszczone łączyły zraniony miąższ macicy, powierzchowny Lembertowski łączył otrzewną, a mianowicie brzegi rękawka. Założono nadto kilka dodatkowych szwów, częścią Lembertowskich, celem dokładniejszego zespojenia otrzewny, częścią głębokich, celem zatrzymania krwawienia, które tu i ówdzie w linii szwów się pojawiało. Uskuteczniwszy to, odprowadzono macicę do brzucha, odszukano raz jeszcze części podwiązane sieci i poniżej podwiązek przypalono powierzchnię przekroju termokauterem Pacquelina. Kilku wacikami usunięto mierną ilość płynu przesączynowego (*ascites*) i pokryto trzewa brzuszne i macicę siecią. Jamę brzuszną zamknięto trzema piętrami szwów (1. szew otrzewnowy, katgutowy, kuśnierski, 2. cztery głębokie szwy jedwabne i 3. szew skórny, jedwabny, kuśnierski). Ranę zasypano jodoformem. Założono opatrunek przeciwgnilny, lekko uciskający.

Przebieg pooperacyjny nie pozostawiał w pierwszym tygodniu nic do życzenia. Najwyższa ciepłota wieczorna w dzień operacyi 38·1, najszybsze tętno 104. Piątego dnia sprowadzono wypróżnienie przez podanie oleju rącznikowego. Bólów żadnych chora nie doznaje. Sen i apetyt dobry. Przez pierwsze cztery dni opium w dosadnej dawce.

6/VI. Zmiana opatrunku. Wyjęto szwy głębokie. Rana zgojona doraźnie (*per primam*) na całej przestrzeni. Guz w brzuchu nie zmniejszył się.

Do dnia 10/VI przebieg niczem nie zakłócony. Wieczorem 10/VI podwyższenie ciepłoty do 38·0 bez dreszczu, chora zaczyna się żalić na bóle w brzuchu po stronie prawej, w miejscu odpowiadającem ranie macicy.

11/VI. Ciepłota rano 39·0, tętno 112, bóle po stronie prawej poniżej pępka dokuczliwie, powiększają się znacznie przy dotknięciu. Dyeta ścisła. Stolce codzienne. Wieczorem ciepłota 38·6, tętno 128; bóle bardzo silne. Badanie wykazuje, że guz odpowiadający macicy powiększył się i sięga do pępka. Badanie przez pochwę poucza, że rozpulchnienie pochwy i części pochwowej jest znaczne. Część pochwowa na falangę długa, do szyi wchodzi palec — szyja walcowata, palec przechodzi przez ujście wewnętrzne i dochodzi do oporu miękkiego, elastycznego, który prawdopodobnie odpowiada jaju płodowemu. Podano opium wewnętrznie i w czopkach, w dosadnych dawkach. Koło godziny 6 wieczorem bóle, które nie okazywały żadnych cech bólów porodowych lub do poronienia, a pochodziły niewątpliwie od zadrażnienia otrzewny — przechodzą w typowe bóle porodowe z wyraźnemi skurczami macicy i pauzami. W pauzach istnieją bóle przy dotknięciu. Wśród tego część pochwowa zaczyna zanikać, a ujście rozwiera się. Godzina $10\frac{1}{2}$. Część pochwowa zupełnie zanikła. Godzina $11\frac{1}{2}$. Ujście całkiem rozwarte; jaje płodowe wypukla się do pochwy. Godzina 1 w nocy (dnia 12/VI). Całe jaje płodowe rodzi się. W czystych wodach płodowych widać płód odpowiadający rozwojem $5\frac{3}{4}$ m. c. żywy. Tak podczas, jak i po poronieniu żadnego krwawienia.

12/VI. Rano 37·2, 104; wieczór 38.3, 104. Połóg zaburzony lekkiem krwawieniem dnia 14/VI, po którem rozpoczęły się upławy nieco cuchnące. 14/VI wyjęto z jamy macicy duży skrzep; macicę przepłukano 2% rozczynem karbolu.

15/VI zauważono odleżynę w miejscu połączenia kości krzyżowej z ogonową. Przy odpowiedniem leczeniu zdołano sprowadzić szybko zagojenie się odleżyny.

Leczenie zakłócone było w końcu wytworzeniem się małego ropnia w lewej tkance okołomacicznej, który do d. 27/VI wywoływał gorączkę (do 39.3), dnia 27/VI otwarty, zgoił się zupełnie tak, że chora dnia 21/VII zupełnie wyleczona opuszcza klinikę.

Przypadek dopiero co opisany ma kilka ciekawych szczegółów, na które należy zwrócić uwagę. Przedewszystkiem ciąża nie była przed operacyą wcale rozpoznana, a nawet podczas operacyi rozpoznanie ciąży, acz bardzo prawdopodobne, nie było jednak pewne. Nie wspominałem dotąd nic o rozpoznaniu ciąży powikłanej włókniakami macicy, ażeby na tem miejscu nad pytaniem tem dokładniej się zastanowić. Prawie wszyscy autorowie zgadzają się na to, że rozpoznanie ciąży w tych warunkach, w pierwszych miesiącach jest bardzo trudne. Lefour[1]) pisze: „*Pendant les premicrs temps de la grossesse, alors que des signes absolus n'existent pas, nous ne saurions trop dire, combien les erreurs sont faciles*“. Na udowodnienie tego twierdzenia przytacza cały szereg przypadków, w których ciąży powikłanej włókniakami nie rozpoznano. W jednym z tych przypadków Depaul sondował kilkakrotnie macicę, nie rozpoznawszy naturalnie ciąży; w kilka godzin po ostatniem sondowaniu chora poroniła, Meados[2]) w podobnym przypadku wykluczył na podstawie badania zgłębnikiem macicznym ciążę; w kilka dni po sondowaniu wystąpiło poronienie, a wkrótce potem śmierć. Péan[3]), którego przypadek rozpoczyna szereg konserwatywnych myomotomij w ciąży, nie rozpoznał ciąży przed operacyą. Nie rozpoznawszy ciąży przed zabiegiem operowali Rob. Barnes, Paterson, Granville, Bantock, Karstroem i Meredith[4]), wszyscy radykalnie (*amput. suprav. uteri gravidi*). W jednym z przypadków ciąży powikłanej włókniakami, obserwowanych w klinice Schrödera, a opisanych przez Stratza[5]), wprowadzono do macicy zgłębnik w celach

---

[1]) l. c. — [2]) cyt. z Lefoura. — [3]) patrz Vogel l. c. — [4]) cyt. z Hausera l. c. — [5]) l. c.

rozpoznawczych i wywołano poronienie; w drugim, opisanym przez tegoż autora, nakłuto macicę trójgrańcem (rozpoznano haematometra) i w tym przypadku przyszło do poronienia.

Podobnych przykładów znalazłoby się przy dokładnem szukaniu niewątpliwie więcej, ale i te wystarczą do stwierdzenia częstości pomyłek dyagnostycznych, a co za tem idzie, trudności rozpoznania. Rozpoznanie pewne niczem nie powikłanej ciąży w pierwszych miesiącach, a więc do czasu, w którym występują objawy pewne, t. j. tętno płodu, wymacywanie części płodu i ruchów, jest niemożliwe. Bywa ono bardzo prawdopodobne wtenczas, jeżeli obok siebie istnieje cały szereg objawów t. zw. domyślnych i prawdopodobnych. Z tych największe znaczenie przypisuje się brakowi regularności, powiększeniu macicy, rozpulchnieniu i zesinieniu części pochwowej i zmianom w sutkach. W naszym przypadku nie można było przypisywać wielkiego znaczenia brakowi regularności. Chora podaje, że pierwszy raz miała regularność w 8 mies. po porodzie, drugi raz po czterech miesiącach, a od czterech miesięcy niema regularności. Brak regularności tylko wtenczas przyczynia się do rozpoznania i ułatwia je, jeżeli przedtem miesiączka występowała w prawidłowych odstępach czasu. U osób, które miesiączkują w pauzach czteromiesięcznych, nie wzbudza kilkomiesięczny brak regularności żadnych podejrzeń.

Powiększenie macicy nie dało się skonstatować dlatego, że wobec zmienionych stosunków topograficznych uważano macicę za guz nowotworowy. Część pochwowa podczas badania była prawidłowej zbitości, jak to w przypadkach *metritis cervicalis gravidarum* się wydarza, a zesinienie części pochwowej zdawało się też za *metritis* przemawiać. W końcu zmiany w sutkach, które były nieznaczne, wydarzają się często w przypadkach guzów jajnikowych i macicznych, i dlatego nie zwracano na nie uwagi.

Dziwniejszem może się wydać okoliczność, że jeszcze podczas operacyi nie rozpoznano z całą pewnością ciąży. Że ją rozpoznano z prawdopodobieństwem, wynika już z tego,

że macicę zostawiono. Prawie wszyscy autorowie, opisując ciążę, powikłaną włókniakami, podają, że macica była znacznie miększa od nowotworów; w tem upatrują najważniejszy czynnik rozpoznawczy (Landau[1]). W naszym przypadku nie dało się to zużytkować do rozpoznania. Macica była wprawdzie nieco miększa od włókniaków, ale nieznacznie; nowotwór wodnisto-naciekły tak dalece, że na przekroju widać było przestrzenie napełnione cieczą przesączynową, był w dotknięciu również miękki. Niemożność wybadania części płodowych w macicy, omacywanej bezpośrednio, i brak jej skurczów, przyczyniały się, jak to już wyżej zaznaczono, do chwiejności rozpoznania.

Drugim szczegółem, zasługującym w naszym przypadku na uwzględnienie, jest poronienie. Przyczyn, któreby mogły wzniecić poronienie, nie brak — szczególnie dwa zabiegi mogły łatwo stać się w tym względzie bodźcem. Mam tu na myśli badanie zgłębnikiem macicznym i zabieg operacyjny, który był bądź co bądź silnym dla macicy urazem. A przecież ani sondowanie ani zabieg operacyjny, jako taki, nie wznieciły poronienia. Szczegóły historyi choroby, wyżej przytoczone, zdają się twierdzenie to usprawiedliwiać.

Co do sondowania, acz staje się ono często przyczyną wydalenia jaja (Meadows, Schröder, Depaul), to przecież nierzadkie są przypadki, w których pomimo wprowadzenia zgłębnika nie przerwano ciąży. Zweifel[2]) który z powodu błędu w rozpoznaniu sondował macicę ciężarną, był na tyle szczęśliwy, że tem nie wywołał poronienia: „*es bewiesen aber einige Wochen später die fötalen Herztöne, was ich sondirt hatte*“ pisze autor. Również w wyżej wspomnianym przypadku Depaula, po pierwszem wprowadzeniu zgłębnika upłynęło 6 dni spokojnych i dopiero drugie sondowanie stało się przyczyną przerwania ciąży. W naszym przypadku upłynęło pomiędzy wprowadzeniem sondy a poronieniem dni 19, a szóstego dnia po sondowaniu wykonane

---

[1]) l. c. — [2]) *Gynaekolog. Klinik,* 1892.

badanie nie wykazywało śladu czynności porodowej. Na tej podstawie możemy śmiało twierdzić, że nie wprowadzenie zgłębnika było bodźcem do przerwania ciąży.

Więc może zabieg operacyjny? I to przypuszczenie wydaje się bardzo nieprawdopodobnem. Podczas wyłuszczania guza i podczas szycia rany macicznej nie widzieliśmy żadnych skurczów, któreby mogły być odpowiedzią na ciężki uraz, zadany macicy i zwiastunem grożącego poronienia. Dziesięć pierwszych dni po operacyi nic nie zapowiadało przerwania ciąży: chora nie doznawała żadnych bólów, z dróg rodnych nie pojawiła się ani kropla krwi, a siódmego dnia po zabiegu, podczas pierwszego opatrunku, nie mogliśmy wybadać żadnych skurczów macicy.

Nasuwa się z konieczności pytanie: jeżeli nie wprowadzenie zgłębnika, jeżeli nie zabieg operacyjny, to co stało się przyczyną poronienia?

Przebieg leczenia pooperacyjnego zdaje się dawać na to pytanie zadowalającą odpowiedź, która brzmi: Przyczyną poronienia było zadrażnienie otrzewny przez naciąganie świeżych zlepów w okolicy rany macicznej, to naciąganie zaś było następstwem powiększania się ciężarnej macicy. Czy zlepy w okolicy rany macicznej istniały, na to nie mamy wprawdzie bezwzględnego dowodu, bo tego dostarczyć może tylko nekroskopia: wydarza się to jednak tak często po laparatomiach, że przypuszczenie to śmiało możemy przyjąć. Że macica powiększała się, to nie ulega najmniejszej wątpliwości; każda macica ciężarna, jeżeli płód żyje (w naszym przypadku urodził się płód żywy) musi się powiększać, zresztą stwierdziliśmy to badaniem przedmiotowem. Ten wzrost macicy zaczął naciągać świeże zlepy i dał powód do zadrażnienia otrzewny, które jedenastego dnia po operacyi objawiło się bólami w okolicy rany, o charakterze bólów zapalenia omacicznego (*perimetritis*) i podwyższeniem ciepłoty. Szybko rozwinęło się ograniczone zapalenie otrzewny macicznej (*perimetritis*), które przez zadrażnienie mięśnia macicznego wywołało skurcze macicy, zakończone trzyna-

stego dnia po zabiegu operacyjnym wydaleniem jaja płodowego.

Co bywa zwykle przyczyną poronienia po zachowawczej myomotomii i w jakim czasie po zabiegu następuje wydalenie jaja?

W 23 wyżej zestawionych przypadkach operacyjnych wystąpiło poronienie 9 razy. W jednym przypadku (Homann) nie znalazłem daty poronionia — w 8 zaś innych rozdzielają się daty jak następuje: w 1-nym przypadku (Martin) poronienie wystąpiło wieczorem w dniu operacyi, w 1 przyp. (Péan) nazajutrz po zabiegu, w 1 (Martin) 3 dnia, w 1 (Martin) 4 dnia, w 1 (Odgen) 12 dnia, w 1 (nasz) 13 dnia, w 1 (Martin) 17 dnia, zaś w przypadku Kuestnera w $2^1/_2$ tygodnie po operacyi. W czterech pierwszych wypadkach poronienie wystąpiło między 1 a 4 dniem, w czterech ostatnich między 12 a 18 dniem po zabiegu. Liczby te na pierwszy rzut oka są uderzające i nasnwają na myśl przypuszczenie, że w pierwszych czterech przypadkach poronienie było następstwem urazu operacyjnego, zaś w ostatnich przyczyua przerwania ciąży mogła być podobna, jak w naszym przypadku. Ale i w tych przypadkach zabieg stał się pośrednio przyczyną poronienia, z czego wynika, że dopiero po upływie kilku tygodni po operacyi możemy być spokojni o los płodu rozwijającego się w macicy, względnie o los matki.

Na pytanie, czy w naszym przypadku zabieg był wskazany, możemy śmiało odpowiedzieć twierdząco; wszak mówiąc o wskazaniach na pierwszem miejscu wymieniliśmy szybki wzrost guza (p. w.), o którym nasza chora tak wyraźnie w wywiadach wspomina, a który wobec dużych rozmiarów guza mógł łatwo sprowadzić ciężkie i groźne następstwa.

Spełniam w końcu miły obowiązek, dziękując czcigodnemu mojemu szefowi prof. Drowi Madurowiczowi tak za łaskawe odstąpienie operacyi, jak i za pozwolenie ogłoszenia niniejszego przypadku.

W dyskusyi zabiera głos:

Kol. Mars, który nie zgadza się na to, by samo zlepienie się rany z powłokami brzusznemi miało wywołać poronienie, boć przecież zrosty podczas ciąży zostają rozpulchnione; mogą się rozciągać i wydłużać bardzo znacznie, a zresztą zrost macicy z jednej strony nie przeszkadza do powiększania się w innych kierunkach, jak to widział na jednym przypadku na klinice położniczej krakowskiej, gdzie macica na końcu ciąży była na bok wygięta, albowiem jednym rogiem była zbliżoną ku jamie Douglasa od którego rogu odchodziła szypułka torbiela jajnikowego opadniętego i zagłębionego w zatoce Douglasa, a przecież ciąża trwała do końca. W danym przypadku raczej zapalenie omaciczne lub szwy idące przez całą grubość ściany macicy sprowadziły poronienie.

XI. Posiedzenie z dnia 29. listopada 1892.

Przewodniczący: Kol. Dr. Madurowicz. — Obecnych członków: 9.

Porządek dzienny:

1) Odczytanie protokółu z ostatniego posiedzenia.

2) Drowie Garbiński i Płaskowicki wybrani jednogłośnie członkami czynnymi Towarzystwa.

3) Drowie Fraenkel i Rosenthal z Warszawy zostali przedstawieni na członków korrespondentów Towarzystwa przez kol. Marsa i Cerchę.

4) Kol. Rosner opowiedział przypadek:

Z kazuistyki cięcia cesarskiego.

Dnia 26. czerwca 1892 r. o g. 7½ rano przywieziono do kliniki położniczej osobę drugą dobę rodzącą celem rozwiązania. Wywiady jej i stan obecny (L. prot. poł. 350) brzmią:

K. K. l. 30, rz.-kat., zamężna, z Mogiły, rodziła 4 razy, porody i połogi były prawidłowe. Ostatni poród w kwietniu 1891 roku. Już w przedostatniej ciąży a więc przed kwietniem 1891 roku miewała bóle w okolicy stawu biodrowego tak, że chód jej był już wówczas upośledzony. Z początkiem maja (8/V 1891) zgłosiła się z tego powodu do szpitala św. Łazarza, gdzie pozostawała do dnia 25/V 1891. Tam rozpoznano, jak to później dowiedzieliśmy się, zapalenie stawu biodrowego lewego (*coxitis sinistra*) a w stanie obecnym zanotowano: „W obu szczytach szmery zaostrzone, odgłos wypukowy w obu szczytach przytłumiony..... ból w kręgach lędźwiowych, ustawienie kończyny lewej w rotacyi na we-

wnątrz i addukcyi, bolesność za uciskiem na główkę kości udowej...“ Po wyjściu ze szpitala stan jej był znośniejszy, ale wkrótce potem pogorszył się znowu, chód był coraz trudniejszy tak, że chora od lutego 1892 chodzić nie mogła. Guzy w okolicy lędźwiowej mają istnieć od roku. Bóle porodowe wystąpiły rano 25. czerwca, wody płodowe odpłynęły w nocy z 25. na 26., poczem na polecenie położnej przywieziono chorą do kliniki.

Badanie natychmiast przedsięwzięte wykazuje: osoba średnio zbudowana i odżywiona, ciepłota prawidłowa, tętno słabe, drobne, 120 na minutę. W sutkach, które są nie duże i obwisłe, objawy powiększenia się czynności.

Brzuch wypuklony więcej wzdłuż niż wszerz, linia środkowa brzucha zabarwiona, skóra bliznami poporodowemi pokryta; powłoki chude, mięśnie napięte. Wypuklenie brzucha pochodzi od guza, który wychodzi z miednicy małej, rozszerza się zaraz po wyjściu na boki, zwłaszcza na bok prawy i sięga dnem do wyrostka mieczykowatego. Dokładniejsze badanie wykazuje w tym guzie na talerzu biodrowym prawym, ciało okrągłe, twarde, gładkie, odpowiadające główce płodu; po stronie lewej czuć większy opór w miejscu grzbietu płodu, zakończony w dnie po stronie lewej ciałem, które odpowiada pośladkom; w dnie po stronie prawej dają się wybadać części drobne. Chełbotania nie czuć, tętno płodowe powyżej 120, słyszalne w miejscu grzbietu po stronie lewej. Skurcze macicy dość częste i silne. Na dwa palce poniżej pępka przebiega przez macicę poprzeczna bruzda, która stanowi granicę między skurczonem i twardem ciałem macicy a rozciągniętym i cienkim dolnym odcinkiem, jest więc wysoko w górę wysuniętym pierścieniem skurczowym Schrödera. Dolny odcinek macicy zwłaszcza w miejscu wypuklonem przez główkę jest za dotknięciem i podczas skurczu porodowego bolesny.

Na lewo od wyrostków kolczastych kręgów lędźwiowych widać dwa guzy, z których jeden leży ponad drugim a oba połączone są ze sobą jak dwie części klepsydry. Guz leżący niżej jest wielkości pięści, drugi nieco mniejszy, oba są podłużnie owalne, mają powierzchnię gładką, są pokryte nieco napiętą, ale zresztą prawidłową skórą, która da się nad guzem przesuwać i we fałd ująć i przez którą przeświecają rozszerzone naczynia żylne. Dotykanie nie wywołuje bólu; guzy są miękkie, prawie chełboczące, zupełnie nad podstawą nieprzesuwalne. Fluktuacya przechodzi z jednego obrzmienia w drugie, co przemawia za bezpośrednim związ-

kiem obu guzów. Obmacywanie wyrostków kolczastych niebolesne, żaden z wyrostków nie sterczy ku tyłowi nad miarę. Natomiast dotykanie tylnej powierzchni kości krzyżowej sprawia ból, który zresztą w tem miejscu jakoteż w okolicy stawu biodrowego lewego utrzymuje się samodzielnie. Oprócz tego nie zbyt wybitnego bólu w okolicy stawu biodrowego niema żadnego objawu zapalenia tego stawu, gdyż tak ułożenie kończyny i jej wymiary, jak niemniej ruchy czynne i bierne są pod każdym względem prawidłowe.

Badanie przez pochwę: Wejście do pochwy szerokie, na trzy ctm. za wejściem czuje się guz, który wypukla tylną ścianę pochwy ku przodowi. Jest on kulisty, wielkości główki płodu siedmiomiesięcznego. Do górnej jego granicy nie można dojść palcem wprowadzonym do pochwy, na dół sięga aż do wychodu miednicy; od tyłu przylega do przedniej ściany kości krzyżowej, najściślej w okolicy stawu krzyżowo-biodrowego-lewego, przednia zaś jego ściana jest odległa na 4 ctm. od spojenia łonowego *coniugata obstetricia 4 ctm.*). Na boki wypełnia miednicę małą prawie zupełnie, mniej jednak po stronie prawej, niż lewej. Powierzchnia jego jest gładka, konsystencya niejednostajna, na szczycie bowiem jest elastyczny, przy podstawie twardy, w całości od guzów w okolicy lędźwiowej znacznie twardszy. Chełbotania nie można w nim nigdzie wykazać, jest on zupełnie nieporuszalny, za dotknięciem nieco bolesny.

Część pochwowa wyżej, niż prawidłowo ułożona, jest przyparta do spojenia łonowego na $1^1/_2$ ctm. długa, wiotka, bardzo znacznie rozpulchniona. Ujście zewnętrzne jest wygodnie dla palca drożne, brzegi ujścia bardzo podatne pozwalają na wprowadzenie drugiego palca. Szyja rozszerza się ku górze. Nad spojeniem i na prawo czuć dolny odcinek główki wypartej ku przodowi, której kontury rysują się przez powłoki, sprawiając wypuklenie nad spojeniem łonowem poniżej pierścienia skurczowego. Główkę maca się bezpośrednio; pęcherza płodowego niema.

Badanie przez odbytnicę wykazuje: na kilka ctm. nad zwieraczem czuć dolny odcinek wyżej opisanego guza, który leży po za odbytnicą i wypukla jej tylną ścianę ku przodowi, przyczem odsuwa kiszkę od kości krzyżowej. Jeszcze wyraźniej, niż badając przez pochwę, czuć, że guz przytyka do kości w okolicy stawu krzyżowo-biodrowego, lewego i że jest zupełnie nieporuszalny. Zresztą badanie stwierdza wszystkie cechy guza opisane powyżej. W odbytnicy masy kałowe.

Rozpoznanie. Ciąża V. Osoba rodząca na czasie, pierwszy okres porodowy, przedwczesne pęknięcie pęcherza płodowego. Położenie płodu główkowe nie ustalone, ułożenie czaszkowe, postawa pierwsza. Płód żyje. Bezwzględne ścieśnienie miednicy z powodu guza wychodzącego z okolicy lewego stawu krzyżowo-biodrowego. Grozi pęknięcie macicy. Co do przyrody guza, rozpoznanie waha się między nowotworem a ropniem zimnym.

Wskazanie. Jakakolwiek jest przyroda guza, to przecież to nie ulega wątpliwości, że wywołuje on bezwzględne ścieśnienie miednicy. W obec takiego niestosunku możliwe są cztery sposoby postępowania, jeżeli niestosunek ten jest następstwem guza rozwijającego się w miednicy małej, jak to jest w naszym przypadku.

1) Odprowadzenie guza ponad wchód miednicy.
2) Wyjęcie guza przez pochwę lub przez laparatomią.
3) Pomniejszenie guza.
4) Cięcie cesarskie.

Zupełna nieporuszalność guza umieszczonego po za odbytnicą i zostającego w ścisłym związku z kością uniemożliwiła w naszym przypadku zastosowanie dwóch pierwszych sposobów. Można więc było myśleć o pomniejszeniu guza przez nakłucie i o cięciu cesarskiem. Ponieważ konsystencya guza była przeważnie twarda a chełbotania nie można było nigdzie wykazać, przeto nieprzypuszczano, żeby guz dał się pomniejszyć przez nakłucie; po nakłuciu więc bezskutecznem mogło się przecież stać koniecznem cięcie cesarskie, które po usiłowaniu pomniejszenia guza byłoby dla matki zabiegiem jeszcze niebezpieczniejszym, niż w zwykłych warunkach. Zresztą na doświadczenia, nie dające nadziei usunięcia niestosunku, nie było w obec grożącego pęknięcia macicy czasu. Ale gdyby nawet, *quod non*, wbrew naszym przypuszczeniom guz dał się był pomniejszyć, to przecież metoda ta niedawała, zastósowana w naszym przypadku, dobrych szans ani dla matki ani dla dziecka. Przedewszystkiem bowiem wskazane było szybkie ukończenie porodu ze względu na grożące pęknięcie macicy, więc nawet po skutecznej punkcyi nie możnaby było pozostawić porodu siłom natury, inaczej mówiąc, trzeba było wybrać i zastósować jeden z zabiegów rozwiązujących. Że ten wybór byłby trudny, jest rzeczą jasną; o obrocie nie możnaby było myśleć w obec rozdęcia dolnego odcinka i wyciągnięcia pierścienia skurczowego, kleszczy nie możnaby założyć nawet po usunięciu niestosunku tak z powodu nieustalenia główki jak i niedo-

statecznego rozwarcia ujścia. Pozostałaby więc kraniotomia, poświęcająca płód dla dość wątpliwej korzyści matki. Z tych przyczyn postanowił prof. Madurowicz przystąpić wprost do cięcia cesarskiego, uważając zabieg ten w danym przypadku za najłagodniejszy dla matki i dziecka.

Operacya. Kilku lawatywami wypróżniono odbytnicę. Powłoki brzuszne obmyto mydłem i sublimatem. Srom ogolono, pochwę przepłukano rozczynem sublimatu. Cięcie skórne poprowadził prof. Madurowicz w linii środkowej pod i nad pępkiem na długość 20—24 ctm. Naczynia broczące zamknięto zasuwkami. Macica bezpośrednio oglądana okazuje wyraźne objawy grożącego pęknięcia. Pierścień skurczowy przebiegający skośnie od strony prawej i góry na dół i na stronę lewą jest wysoko, bo na dwa palce niżej pępka, w górę wyciągnięty. Po nad nim skurczone ciało macicy, poniżej zaś pierścienia dolny odcinek o ścianach cienkich, rozdęty więcej po stronie prawej, to jest w miejscu główki, której kontury rysują się wyraźnie przez ścieńczałe ściany. Macicę wytoczono przed powłoki, górną część rany brzusznej zamknięto tymczasowymi szwami, pod wytoczoną macicę podsunięto kompresy aseptyczne. Na szyję macicy założono ligaturę elastyczną, którą zaciągnięto i powierzono jednemu z asystentów. Następnie poprowadził operator cięcie w linii środkowej macicy powyżej pierścienia skurczowego, przyczem natrafił na łożysko leżące na przedniej ścianie macicy (*placenta praevia caesarea*); nie przecinając i nie oddzielając łożyska poprowadził operujący cięcie poniżej do granicy dolnego odcinka a nawet nieco poza nią i tą drogą wydobył za bark prawy wysuwający się z rany płód bardzo lekko omdlały. Cuceniem zajął się jeden z asystujących. Przystąpiono do odklejenia popłodu, co zrobiono powoli i ostrożnie. Krwawienie dzięki dobremu podwiązaniu szyi macicznej bardzo nieznaczne, chociaż ciało macicy kurczy się słabo i widać otwarte światła grubych naczyń żylnych. Teraz dokładniej jeszcze, niż przed rozcięciem, widać różnicę między trzonem a dolnym odcinkiem macicy, który ma ściany cienkie a w miejscu, gdzie leżała główka, nawet bardzo cienkie. Wytarłszy wnętrze macicy bardzo starannie pęczkami waty napojonemi 5% rozczynem karbolu przystąpiono bezzwłocznie do szycia. Warstwę mięsną złączono szwem katgutowym kuśnierskim w głąb zapuszczonym, unikając przy tem starannie skaleczenia wewnętrznej powierzchni jamy macicy. Drugą nitką katgutu również szwem kuśnierskim złączono otrzewnę maciczną. Zimnemi aseptycznemi kompresami wy-

wołano skurcz trzonu macicy, poczem usunięto ligaturę elastyczną. Z linii szwów górnych ani z górnych miejsc wkłucia nie pojawiła się ani kropla krwi. Natomiast w linii szwów dolnych, biegnącej przez dolny odcinek macicy, wyraźnie atoniczny, widać tu i ówdzie niezbyt obfite krwawienie, z powodu którego założono tutaj w kilku miejscach szwy dodatkowe węzełkowe. Po zdjęciu szwów tymczasowych zamykających górną część rany brzusznej, wpuszczono macicę do jamy brzusznej, a gdy znowu w dolnym odcinku rany macicznej zaczęła się krew sączyć, założono jeszcze jeden szew dodatkowy. W końcu przekonawszy się, że krwawienie zupełnie ustało, przystąpiono do ostatniego aktu operacyi: do zamknięcia powłok brzusznych. W tym celu zaszyto naprzód otrzewną szwem katgutowym kuśnierskim, poczem zamknięto ranę czterema głębokiemi szwami jedwabnemi i szwem skórnym kuśnierskim jedwabnym. Założono opatrunek antyseptyczny lekko uciskający.

Noworodek płci męzkiej nie jest całkiem donoszony: waga ciała wynosi 2890 grm., długość 49 ctm,, obwód główki 33$^1/_2$ ctm., wymiar skroniowy 8 ctm., ciemieniowy 9 ctm., czołowo-potyliczny 12 ctm., ukośny duży 13 ctm., ukośny mały 11 ctm., odległość barkowa 11 ctm., obwód klatki piersiowej 30 ctm. Płód okazuje zniekształtnienie główki a mianowicie wyraźne spłaszczenie kości ciemieniowej prawej.

P r z e b i e g p o o p e r a c y j n y. Bezpośrednio po zabiegu chora, pozostająca jeszcze na wpół pod wpływem narkozy, zachowuje się bardzo niespokojnie. Po zupełnem przebudzeniu się, żali się na bóle w krzyżach i leży przeważnie na boku, gdyż leżenie na wznak jest jej zbyt dolegliwe. Chorej podano 20 kropli nalewki makowca. Wprawdzie podczas operacyi zauważono, że zagięcie esowate kiszki grubej ponad guzem jest wypełnione dużą ilością kału, postanowiono pomimo to wywołać wypróżnienie po kilku dniach a nie zaraz po operacyi.

26. czerwca po południu ciepłota 37·0°, tętno 132, wymioty dwa razy. Bóle w krzyżach utrzymują się, chora nieco spokojniejsza leży ciągle na boku.

27. czerwca rano ciepłota 37·4°, tętno 120, stan chorej znośny. Po południu ciepłota 37·0°, tętno 132. Wymioty nie powtórzyły się, bole w krzyżach mniejsze. Dyeta ścisła płynna. Odchody połogowe bardzo skąpe, różowe.

28. czerwca rano ciepłota 37·6°, tętno 116. Chora przepędziła noc spokojnie i nie żali się na żadne dolegliwości.

Przyjmuje pokarmy płynne (rosół, bulion, mleko). Po południu ciepłota 37·1°, tętno 116. Stan ogólny dobry. Chora nie oddaje stolca ani wiatrów.

29. czerwca rano ciepłota 37·4°, tętno 104. Mierne wzdęcie brzucha, zresztą stan jak wczoraj. Podano olejek rącznikowy i zastosowano niskie wlewania Hegarowskie; pomimo to nie pojawiły się ani stolec ani gazy. Po południu ciepłota 37·3°, tętno 108. Chora wymiotowała kilka razy z początku treścią żołądkową, potem żółcią. Wieczorem dość znaczne wzdęcie brzucha i wymioty kałowe. Chora bardzo osłabiona. Rozpoznano niedrożność przewodu pokarmowego. O godzinie 11. wieczorem, gdy stolec nie pojawiał się a wymioty stawały się coraz częstsze, przystąpiono do wysokich i obfitych wlewań Hegarowskich; dopiero około godziny 12. w nocy zaczęły się pojawiać zbite masy kałowe, poczem w krótkich przerwach wystąpiło kilka bardzo obfitych stolców.

30. czerwca rano ciepłota 38·5, tętno 114. Wzdęcie brzucha utrzymuje się, choć bolesność nieznaczna. Wymioty od chwili usunięcia niedrożności nie pojawiły się. Chorej podano 20 kropli nalewki makowca. Dyeta ciągle płynna. Po południu ciepłota 38·0°, tętno 140 słabe. Wzdęcie i bolesność brzucha utrzymują się. Zmienienie opatrunku. Rana nie przedstawia się prawidłowo; dwa szwy głębokie przecięły skórę, która w tych miejscach jest zaczerwieniona. W dolnym odcinku rany obumarł kawałek skóry na przestrzeni 2 ctm. Ranę obmyto sublimatem, pokryto gazą jodoformową, którą przytwierdzono kolodionem z jodoformem. Brzuch pomazano kolodionem i zalecono zimne okłady. Odchodów połogowych bardzo mało.

1. lipca rano ciepłota 37·0°, tętno 128, chora przespała noc spokojnie, rano oddała dobrowolnie dwa stolce. Stan podmiotowy chorej lepszy, bóle i wzdęcie brzucha mniejsze, Po południu ciepłota 37·6°, tętno 140 drobne; język suchy.

2. lipca rano ciepłota 37·0°, tętno 124. Sen spokojny rano dwa stolce. Wieczór ciepłota 38·0°, tętno 124, język wilgotny, wzdęcie i bóle brzucha ustąpiły prawie zupełnie.

3. lipca rano ciepłota 37·0°, tętno 120. Wieczór ciepłota 38·0°, tętno 120, zresztą stan jak wczoraj.

4. lipca rano ciepłota 37.5°, tętno 120, wieczór ciepłota 38·3°, tętno 124. Wzdęcia brzucha niema, apetyt i sen dobry.

5. lipca ciepłota rano 39·0°, tętno 128. Chora osłabiona. Przypuszczając, że podwyższenie ciepłoty pochodzi z ropie-

nia w kanałach szwów, zdjęto opatrzenie. Rana tylko w górnym odcinku jest zgojona doraźnie (*per primam*). Szwy głębokie powcinały się głęboko w skórę, która w kilku miejscach obumarła. Ponad obumarłemi ubytkami przechodzi w kilku miejscach szew powierzchowny kuśnierski jak pomost. Największy ubytek, pokryty szarym nalotem, widać w dolnym odcinku rany brzusznej. Szwy głębokie, które leżą luźnie, usunięto, ranę obmyto sublimatem i zasypano jodoformem; założono opatrzenie plastrowe. Wieczorem o godzinie 6 ciepłota 38·6°, tętno 120, chora nie doznaje bólów. O godzinie 11 w nocy ciepłota 40·5°, tętno 152 bardzo drobne. Podano stare wino węgierskie.

6. lipca rano ciepłota 38·5°, tętno 128. Chora żali się na ból w okolicy lędźwiowej lewej i leży na boku prawym. Wieczorem ciepłota 39·5°, tętno 142; zdjęto opatrzenie. Mniej więcej w środku rany brzusznej na przestrzeni 2 ctm. widać otwór powstały przez rozejście się brzegów rany, prowadzący do jamy brzusznej. W głębi widać pętle jelita cienkiego, przyczem naocznie przekonać się można, że otrzewna ścienna i jelitowa, o ile można ją widzieć przez otwór, jest zupełnie prawidłowa, gładka i nie utraciła swego połysku. Ponad otworem przechodzi kilka nitek szwu jedwabnego skórnego, które usunięto. Przystąpiono bez zwłoki do oczyszczenia i okrwawienia brzegów i do zaszycia otworu. Założono dwa szwy jedwabne, idące przez całą grubość powłok i zajmujące również otrzewnę ścienną. Ranę oczyszczono i założono opatrzenie plastrowe.

7. lipca rano ciepłota 38·0°, tętno 100, Wieczór 38·1°, tętno 126; chorej dokuczają bóle w okolicy guzów lędźwiowych, zresztą stan ogólny nie zły.

8. lipca ciepłota 37·0°, tętno 104. Zmiana opatrzenia. Dolny odcinek rany pokryty strzępami obumarłemi. W górnej części rany tworzy się ziarniniak (*granuloma*), który przyżegnięto kamieniem piekielnym. Badanie chorej wykazuje: guzy w okolicy lędźwiowej powiększyły się i okazują większe napięcie; natomiast guz wypełniający miednicę małą przypłaszczył się. Prof. Obaliński biorący udział w badaniu sądzi, że guzy w okolicy lędźwiowej są ropniami, nie wyklucza jednak i tego przypuszczenia, że obrzmienie jest nowotworem, który w środku ulega rozpadowi i okazuje chełbotanie. Wątpliwości może zdaniem jego rozstrzygnąć nakłucie, które również będzie miało na celu wykazanie, czy między obrzękami w okolicy lędźwiowej a guzem miednicy małej jest związek bezpośredni. Wieczorem 37·5, tętno 108.

Stan ogólny chorej dobry; wzdęcia ani śladu, brzuch nie bolesny, sen i apetyt dobry.

9. lipca rano ciepłota 37·0°, tętno 104, Wieczorem 38·0°, tętno 112. Opatrzenia nie zmieniano.

10. lipca rano 37·0°, tętno 96. Zmiana opatrzenia; szwy założone 6. lipca przecięły powłoki, które teraz rozeszły się w tem samem miejscu, co przedtem. Mamy więc znowu otwór w powłokach, zatkany jednak tym razem pętlą jelita cienkiego, która mocno przylega do brzegów rany. Powierzchnia jelita szara, szorstka. Postanowiono pętlę jelita oczyścić, od brzegów rany odkleić a w końcu zaszyć otwór. Próba jednak łagodnego wsunięcia jelita do jamy brzusznej nie udała się, forsownego odklejania wypadłej i zanieczyszczonej pętli unikano i dlatego ograniczono się tylko do obmycia rany i jelita 3% roztworem karbolu, zasypania jodoformem i pokrycia zwykłym opatrunkiem.

11. lipca rano ciepłota 37.0°, tętno 86. Wieczór 37·1°, tętno 92, stan chorej zupełnie dobry.

12. lipca powierzchnia jelita pokrywa się czystą ziarniną, ciepłota prawidłowa.

Od 12. do 16. lipca stan chorej nie pozostawiał nic do życzenia: ciepłota prawidłowa, tętno między 80 a 92. Ranę opatrywano co drugi dzień, przyczem spostrzeżono, że otwór w powłokach, zatkany pętlą jelitową, zaciąga się. W tym stanie przeniesiono chorą z powodu zamknięcia kliniki dnia 16 lipca do oddziału chirurgicznego prof. Dra Obalińskiego. Dziecko umieszczono 6. lipca w oddziale mamek szpitala św. Ludwika.

Dnia 19. lipca nakłół prof. Obaliński guz w okolicy lędźwiowej grubym trójgrańcem; nie wypłynęła przytem jednak żadna ciecz, natomiast wydobył się strzępek tkanki miękkiej. Badanie drobnowidowe tego kawałka, wykonane przez sekundaryusza oddziału drugiego Dra Czaplińskiego, wykazało, że guz jest mięsakiem wrzecionowato-komórkowym (*sarcoma fusocellulare*). Ranę opatrzono antyseptycznie.

Dnia 2. Sierpnia opuszcza chora szpital na żądanie męża. Według wiadomości zasięgniętych w Mogile, miała chora tamże zakończyć życie, mniej więcej w trzy tygodnie po wyjściu ze szpitala. Przyczyną śmierci był najprawdopodobniej złośliwy nowotwór. Dziecko do października 1892 miało się dobrze.

Opisujemy powyższy przypadek nietylko dlatego, żeby wzbogacić statystykę cięcia cesarskiego zachowawczego, ale

nadto i z tego powodu, ażeby zwrócić uwagę na kilka zajmujących szczegółów, które czynią nasz przypadek nie codziennym a mianowicie chcemy zwrócić uwagę na to, że: 1) przed operacyą nie można było rozpoznać przyrody guza ścieśniającego miednicę; 2) cięcie cesarskie wykonano z dość rzadkiego wskazania; 3) wykonano je w warunkach niepomyślnych; 4) w połogu wystąpiła niedrożność jelit; w końcu 5) rana brzuszna rozeszła się dwa razy a raz wypadła pętla jelita. Nad punktami temi zastanowimy się po kolei.

Rozpoznanie przyrody guza musiało w naszym przypadku wahać się, jak to już wyżej wspomnicliśmy, między nowotworem a ropniem zimnym, z wszelką jednak pewnością nie można było wykluczyć ani jednego ani drugiego przypuszczenia. Wywiady zdawały się więcej przemawiać za sprawą zapalną, ale bez żadnej zmiany dały się również zastósować do rozpoznania nowotworu. Mówiąc o wywiadach mam tu na myśli dwa objawy, na które chora zwraca uwagę a mianowicie ból i upośledzenie ruchów kończyny dolnej lewej. Tym bólem i tem utykaniem rozpoczynają się zwykle przewlekłe cierpienia zapalne stawów. W szpitalu św. Łazarza rozpoznanie zapalenia lewego stawu biodrowego w maju 1882, w historyi choroby uzasadnione, przemawiało również za tem, że sprawa zapalna jest dalej w toku i od roku postąpiła o tyle, że wytworzyły się ropnie zimne, których jeszcze nie było podczas pobytu chorej w szpitalu. Ale i nowotwory miednicy małej rozpoczynają się często bólem i utykaniem. Büge[1]) zebrał i zestawił historye chorób jedenastu przypadków mięsaków miednicy i zastanawiając się nad objawami tego zresztą rzadkiego cierpienia, pisze: „prawie wszyscy chorzy podają jako pierwszy objaw cierpienia miejscowe bóle, następnie bóle rozpromieniające się w nogi, później zaś dopiero zwracają uwagę na istnienie guza".

---

[1]) Büge: Beitrag zur Casuistik der von den Knochen ausgehenden Beckensarcome. Inaug. Dissert. Greifswald, 1888, p. 27.

Z wywiadów zestawionych w pracy Bügego wypada, że obok bólów występuje bardzo często w samym początku choroby i upośledzenie ruchów odpowiedniej kończyny dolnej. Oba więc objawy, na które chora nasza narzeka, wydarzają się równie często w początkach sprawy zapalnej jak nowotworowej; innemi słowy: wywiady nie mogły w naszym przypadku ułatwić rozpoznania.

Co się tyczy badania przedmiotowego, to i ono nie mogło sprawy wyjaśnić. Badanie to wykrywa szereg objawów, z których jedne zdają się wyraźnie przemawiać za ropniem zimnym, inne z równą niemal pewnością każą rozpoznawać nowotwór. Objawy przemawiające za ropniem zimnym odnoszą się do obrzęków koło kręgosłupa lędźwiowego. Obrzęki te mają i kształt właściwy ropniom i właściwą im konsystencyą, okazują chełbotanie, a co najważniejsza, nie znajdujemy tu żadnego objawu, któryby sprzeciwiał się rozpoznaniu ropnia. Natomiast guz wypełniający miednicę małą przedstawia się zupełnie inaczej. Jest on, jak to w stanie obecnym wspomniano, od obrzęków lędźwiowych twardszy, chełbotania w nim niema, jednem słowem wszystko przemawia za tem, że jest on raczej nowotworem, niż ropniem. Z tego wynika, że ścisłe i pewne rozpoznanie było niemożliwe przed nakłuciem.

Co do drugiego punktu, to, jak wiadomo, bezwzględne ścieśnienie kostnej miednicy jest najczęstszą przyczyną cięcia cesarskiego, rzadziej nowotwory wychodzące z części rodnych (rak, włókniak macicy). Do rzadszych jeszcze przyczyn należą guzy nie będące w związku z częściami rodnemi a ścieśniające bardzo miednicę, jak w naszym przypadku. Inne wskazania, jak n. p. zwężenie pochwy i t. d., nie są również częste. Leopold[1]) w 23 przypadkach cięcia cesarskiego nie operował ani razu z powodu guzów miednicy. W 424 przypadkach cięcia cesarskiego, zestawionych

[1]) Leopold: Der Kaiserschnitt und seine Stellung etc. Stuttgart 1888.

w pięciu rocznikach Frommla[1]), operowano tylko 15 razy z powodu guzów niebędących w związku z częściami rodnemi. Z tych 15 tylko w pięciu przypadkach guz był mięsakiem wychodzącym z kości miednicy (w 6 przypadkach nie podano przyrody guza, w dwóch rozpoznano chrząstniak śródkostny (*enchondroma*), w jednym rak odbytnicy, w jednym wreszcie torbiel skórzakowy zaotrzewnowy (*cystis dermoidalis retroperitonealis*). Oprócz tych znane są w literaturze i inne guzy, które jednak stanowią unikaty, n. p. nerwiak nerwu kulszowego w przypadku opisanym przez prof. Madurowicza[2]). Z tego cyfrowego zestawienia wynika, że mięsak miednicy stanowił tylko w 1·2% przypadków wskazanie do cięcia cesarskiego, choć i ta mała cyfra jest prawdopodobnie za dużą, jeżeli się uwzględni, że niemal wszystkie cięcia cesarskie wykonane ze wskazania tak rzadkiego, jak mięsak miednicy, ogłoszono, nie publikowano zaś wielu przypadków innych, w których wskazanie jest tak częste jak ścieśnienie miednicy.

Punktu trzeciego, t. j. tego, że zabieg wykonano w warunkach niepomyślnych, długo udowadniać nie potrzeba. Wprawdzie poród nie trwał zbyt długo, bo zaledwie 24 godzin a wody odpłynęły mniej więcej przed ośmiu godzinami, pomimo to mieliśmy wyraźne objawy rozdęcia dolnego odcinka macicy a, co za tem idzie, niebezpieczeństwo pęknięcia. Tak w opisie stanu obecnego, jak i zabiegu operacyjnego była o tem wyraźna wzmianka. Że taki stan psuje warunki i pogarsza rokowanie, rzecz pewna i znana. Wszyscy autorowie zgadzają się na to, że najstosowniejszą chwilą do zabiegu jest początek porodu a Schauta[3]) pisze: „Man operire bei Beginn der Wehen, vorausgesetzt, dass das Orifi-

---

[1]) Frommel: Jahresbericht etc. 1887, 1888, 1889, 1890 i 1891.

[2]) Madurowicz: Przegląd lekarski 1870, str. 153 i nast.

[3]) Schauta: Grundriss der operativen Geburtshilfe. 1892. str. 217.

tium mindestens für einen Finger durchgängig ist. Das Vorhandensein der Fruchtblase ist dabei wünschenswerth, kann jedoch nicht unbedingt gefordert werden. Spätoperationen sind zu vermeiden, da dieselben prognostisch ungünstig sind". W naszym przypadku mieliśmy do czynienia niewątpliwie z tem, co Schauta nazywa *Spätoperation*, i nie zbyt długiej zwłoki potrzeba było na to, żeby zamiast cięcia cesarskiego wykonać laparatomię w razie pęknięcia macicy. Te objawy grożącego pęknięcia, powstałe w dość krótkim czasie po odpływie wód, dowodzą, że praca porodowa i siła bólów musiały być znaczne; tego samego dowodzi zresztą i stan główki płodu. Główka ta, którą znaleźliśmy na talerzu biodrowym prawym, a więc nad wchodem miednicy, okazywała wyraźne zniekształcenie podobne do tego, jakie znajdujemy w przypadkach, w których główka, przy silnych bólach i niezbyt krótko trwałym porodzie, przechodzi przez przewód miednicy, zwłaszcza, jeżeli nadto jest niestosunek porodowy. W naszym przypadku deformacya polegała na spłaszczeniu kości ciemieniowej prawej, którą widocznie silne bóle przyparły do talerza biodrowego.

Do niekorzystnych warunków możemy w końcu zaliczyć wypełnienie kiszki grubej kałem a czynimy to tem pochopniej, ile że właśnie to powikłanie dało się we znaki po operacyi. Słup kału opierał się od dołu o guz miednicowy i dlatego zwykłemi lawatywami nie mogliśmy go przed zabiegiem usunąć. To stało się prawdopodobnie przyczyną ciężkich objawów niedrożności przewodu pokarmowego, które wystąpiły trzeciego dnia po operacyi i omal nie stały się przyczyną śmierci pacyentki. Zachodzi pytanie, co było przyczyną niedrożności? czy samo wypełnienie jelit kałem i osłabienie ruchów robaczkowych przez podawanie nastoju makowcowego? Sądzimy, że nie. Olshausen[1]) w dziele swojem o chorobach jajnika rozwodzi się szeroko nad przyczynami

---

[1]) Olshausen: Die Krankheiten der Ovarien. Stuttgart 1886.

niedrożności przewodu pokarmowego po owaryotomiach, nie wspomina jednak o tem, żeby samo wypełnienie jelit kałem i osłabienie lub zniesienie ruchu robaczkowego mogło sprowadzić niedrożność. — Również i Hegar zastanawia się w operacyjnej ginekologii nad przyczynami niedrożności po laparotomiach i zestawia w sposób wyczerpujący czynniki mogące sprowadzić *ileus*, ale i on nie wspomina o przerzeczonej przyczynie. Jest rzeczą wielce do prawdy podobną, że do powstania niedrożności u naszej chorej przyczynił się obok wypełnienia jelita kałem i osłabienia ruchów robaczkowych także i ucisk, jaki wywierał nowotwór na kiszkę odchodową. Ten ucisk nie był tak znaczny, żeby sam przez się zamykał zupełnie drogę kałowi, bo przed zabiegiem znaleźliśmy kał i poniżej przeszkody, ale bądź co bądź utrudniał on treści jelitowej, zwłaszcza zbitej, posuwanie się naprzód tak, że do przezwyciężenia przeszkody potrzeba było silniejszego niż zwykle ruchu robaczkowego. Tymczasem podanie nastoju makowcowego ruch ten osłabiło, przez co przeszkoda dotąd względna stała się bezwzględną; duży słup twardego kalu nie popychany naprzod silnym ruchem robaczkowym, nie mógł przesunąć się przez miejsce uciśnione i objawy niedrożności musiały szybko wystąpić. Czy podanie makowca było błędem, trudno rozstrzygnąć. Był on przecież bezpośrednio po zabiegu wskazany, bo chodziło o uspokojenie ruchu jelit a więc o spokój dla organu zranionego i zeszytego, dla macicy.

Wszyscy autorowie zgadzają się na to, że rokowanie w przypadkach niedrożności pooperacyjnej jest bardzo niekorzystne. Spencer Wells[1]) nazywa wprost powikłanie to najcięższem, jakie się zdarzyć może po owaryotomii (bo o tej operacyi tylko pisze) i niewątpliwie w przypadkach niezakażonych chyba tylko krwotok do zaszytej jamy brzusznej jest powikłaniem groźniejszem.

---

[1]) Spencer Wells: Krankheiten der Eierstöcke. Leipzig 1874.

Do szczegółów, które przypadek nasz czynią zajmującym, zaliczyliśmy w końcu rozejście się powłok brzusznych. Powikłanie to przebiegu pooperacyjnego nie należy do przypadków częstych, jak tego wymownie dowodzi literatura. Everke [1]) pisząc o tem w roku 1890 przytacza zaledwie 13 przypadków zebranych przez Olshausena, choć Bruntzel [2]) już w r. 1880 wspomina o 19 przypadkach. Spencer Wells widział i opisał 6 przypadków rozejścia się powłok brzusznych, Ask [3]) przytacza jeden, Freund [4]) także jeden przypadek. Przeglądając przystępną sobie literaturę i zestawiając przypadki zebrane przez Olshausena i Bruntzla znajduję ich w ogólności tylko 26, choć niewątpliwie zdarzenie to jest częstszem. Tych 26 przypadków rozdziela się na autorów, którzy je widzieli i opisali, jak następuje: Spencer Wells 6, Bruntzel 3, Olshausen i Peaslee po dwa, Spiegelberg, Walne, Lawson Tait, Nussbaum, Lyon, Hodder, Bickersteth, Freund, Wahl, Menzel, Ask, Croft i Mandelstam [5]) po jednym. Dzięki nadzwyczajnej uprzejmości proff. Madurowicza, Obalińskiego i Rydygiera, którym na tem miejscu składam podziękowanie, mogę do tej cyfry dołączyć pięć dotąd nieogłoszonych przypadków, z których proff. Madurowicz i Obaliński obserwowali po dwa, prof. Rydygier zaś jeden przypadek.

Przyczyny otwarcia się jamy brzusznej po laparotomii są zupełnie jasne; są one najczęściej przyrody czysto mechanicznej, jak wzdęcie brzucha, kaszel, wymioty, parcie na stolec, zbyt wczesne wstanie z łóżka, i t. d. Są to wszystko czynniki, którym dobrze zgojona lub silnie szwami ściągnięta rana może stawić należyty opór. Tak też dzieje się najczę-

---

[1]) Everke: Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaek. XX, p. 441.

[2]) Bruntzel: Ueber secundaere Dehiscenz der Bauchwunde etc. Centrbl. f. Chirurgie 1880, pag. 401.

[3]) Ask: Ueber Ovariotomie. Centrblt. f. Gynaekol. 1881, pag. 483.

[4]) Freund: Centrblt. f. Gynaekol. 1879, pag. 483.

[5]) Mandelstam: Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynaekol. XXV, pag. 66.

ściej; wzdęcie żywota, kaszel i wymioty nie są wcale rzadkiemi powikłaniami przebiegu pooperacyjnego a pomimo to zwykle rana brzuszna się nie otwiera. Do tych przyczyn mechanicznych, które można zebrać razem pod jedną nazwą parcia od zewnątrz, przyczynia się jednak najczęściej drugi czynnik: brak należytego oporu od zewnątrz, który też rozmaicie się przedstawia. Albo rana nie goi się doraźnie (*per primam*) wskutek ropienia lub złego zestosowania brzegów podczas szycia, albo też rana jest w trakcie gojenia się przez rychłozrost, ale szwy usunięto zbyt wcześnie.

I jedno i drugie sprawia brak należytego oporu od zewnątrz, gdyż tak rana ropiejąca jak i rana gojąca się doraźnie potrzebują w pierwszych stadyach poparcia od zewnątrz, ażeby się nie rozejść pod wpływem wzmożenia się parcia od wewnątrz. Dlatego to pacyentki po laparotomii nawet, jeżeli rana goi się prawidłowo, leżą przynajmniej 3 tygodnie w łóżku a i po opuszczeniu łóżka powinny, jak powszechnie wiadomo, nosić opaskę brzuszną i wystrzegać się ciężkiej pracy i parcia. Pomijanie tych przepisów wcale nie musi pociągnąć za sobą złych następstw, ale niewątpliwie może. Że nie musi, najlepszym dowodem statystyka Martina[1]), który pacyentki swoje po myomotomii wypuszcza z zakładu już 15 lub 17 dnia i pisząc o tem dodaje: Nach der entfernten Hemath entlassen", a które to pacyentki pomimo to cieszą się zupełnem zdrowiem. Tak nie postępuje jednak przeważna liczba operatorów a Olshausen[2]) pisze: „Dieselben (die Operirten) mit 15 Tagen aus dem Krankenhause zu entlassen, wie in verschiedenen Berichten zu lesen ist, halte ich für einen gefährlichen Leichtsinn".

Autorowie piszący o rozejściu się rany brzusznej, kładą główny nacisk na różne przyczyny tej komplikacyi. I tak Hegar i Kaltenbach[3]) wspominają wprawdzie o przyczynach

---

[1]) Martin: Ueber Myomoperationen Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaek. XX, pag. 47.

[2]) Olshausen l. c. pag. 349.

[3]) Hegar i Kaltenbach: Operative Gynaek. 1886 p. 299.

mechanicznych, o kaszlu, wymiotach i t. d., akcentują jednak najsilniej gojenie się rany *per secundam intentionem* i wzdęcie brzucha w przypadkach posokowatego zapalenia otrzewny. Z tem zapatrywaniem nie zgadza się Olshausen i twierdzi, że nie złe gojenie się rany, ale właśnie czynniki mechaniczne są najczęstszą przyczyną rozejścia się rany brzusznej. Za tem przypuszczeniem przemawia też i statystyka, która wykazuje, że przeważnie chodziło o rany niezakażone i doraźnie zgojone, że więc siła rozpychająca ranę od wewnątrz była tak wielką, że nie potrzeba było sprzyjającej okoliczności, jaką jest niewątpliwie ropienie, żeby się rana rozeszła. U naszej chorej mieliśmy kilka przyczyn: z jednej strony powiększenie się parcia w postaci znacznego wzdęcia brzucha i mocnych ruchów wymiotnych, z drugiej strony brak należytego oporu z powodu zawinięcia brzegów rany i ropienia. Tyle o przyczynach. Co się tyczy czasu upływającego między operacyą a rozejściem się powłok, to dzieje się to najczęściej między 7 a 17 dniem po laparotomii i prawie zawsze po wyjęciu szwów. Pospolicie termin usunięcia szwów bywał dość wczesny, jak w dwóch przypadkach Spencera Wellsa (szósty dzień), w jednym Bruntzla (szósty dzień) w jednym Rydygiera (szósty lub siódmy dzień). Wyjęcie wszystkich szów, tak głębokich jak i powierzchownych, już ósmego dnia jest niewąpliwie też zawczesne; przyczyniło się ono prawdopodobnie do rozejścia się rany w przydadkach Bruntzla, Crofta, Olshausena i Wahla. W przypadku Nussbauma rozeszły się jednak powłoki pomimo, że szwy wyjęto dopiero dwunastego dnia, natomiast w trzecim przypadku Bruntzla rana otwarła się przed usunięciem szwów już czwartego dnia po zabiegu. U naszej chorej wyjęto szwy głębokie dziewiątego dnia po operacyi a nazajutrz zauważono rozstęp rany. Z tego krótkiego zestawienia widzimy, że acz wczesne wyjęcie szwów przyczynia się do rozejścia rany, jest ono jednak tylko warunkiem sprzyjającym a wcale nie niezbędnym.

Przechodzimy do rokowania w przypadkach rozstępu rany laparotomijnej; musimy je podzielić na dwa działy:

na rokowanie co do skutku następowego szwu i *quoad vitam*. Co się tyczy rokowania szwu następowego, to zależy ono zdaniem Hegara i Kaltenbacha od tego, czy rozeszła się rana zgojona doraźnie a więc aseptyczna, czy też brzegi rany były zakażone a rana ropiała. W pierwszym przypadku rokowanie jest znacznie lepsze; po powtórnem zaszyciu zwykła rana taka goi się doraźnie. Tak przebiegały trzy przypadki Bruntzla, dwa Olshausena, jeden Everkego, jeden Rydygiera i jeden Wahla. Jeżeli zaś rana jest zakażona i ropieje, wtenczas zdaniem Hegara nawet po oczyszczeniu, odświeżeniu i zeszyciu wcale nie zawsze goi się doraźnie, co naturalnie psuje też i rokowanie *quoad vitam*. W czasach przedantyseptycznych każdy prawie przypadek rozejścia się powłok kończył się śmiercią, teraz rokowanie jest znacznie lepsze. Z 31 przyadków ery dawnej i obecnej zakończyło się 14 śmiercią a 18 wyzdrowieniem. Śmiertelność dochodzi więc bądź co bądź do pokaźnej cyfry 45·1%.

Jedynem racyonalnem leczeniem tego powikłania jest oczyszczenie, odświeżenie i zaszycie rany, która się rozeszła; jeżeli jelita wypadły, należy je oczyścić i odprowadzić do jamy brzusznej. Tak uczyniono w naszym przypadku po pierwszem rozejściu się rany. Że po powtórnem rozejściu się nie odprowadzono jelita i nie szyto, o tem była wzmianka w historyi choroby, jak również i o tem, dlaczego tego nie zrobiono. Pomimo to skutek bezpośredni był dobry, podobnie jak w przypadkach Crofta, Mandelstama i Obalińskiego, którzy jelit nie odprowadzali i rozstępu nie szyli. Postępowania takiego, do którego można być zmuszonym zbiegiem okoliczności rzadkim i niekorzystnym, nie można jednak uważać za metodę, lecz jedynie tylko za *ultimum refugium*. Jest ono w wysokim stopniu ryzykowne i nawet po szczęśliwem na razie wyleczeniu naraża chorą na niebezpieczeństwo niedrożności wskutek przyrośnięcia wypadłego jelita do powłok. Dlatego stosować je można tylko w ostateczności, jak to stało się w przypadku Obalińskiego i naszym, uważając zawsze odprowadzenie jelit i zaszycie za leczenie jedynie wskazane.

W dyskusyi zabierali głos:

Kol. Cercha. Nie można wykluczyć, czy w danym przypadku zaparcie stolca nie mogło się stać przyczyną *ileus* chociaż i to jest możliwe, że jelita opadły do zatoki Douglasa a ugniecenie ich przez macicę mogło sprowadzić niedrożność, zwłaszcza że w tym przypadku, jak podczas operacyi stwierdzono, łożysko znajdowało się na przedniej ścianie macicy.

Wiemy, że ta ściana, na której jest łożysko, kurczy się słabiej po porodzie, tu więc ściana przednia; dane więc były warunki do powstania tyłozgięcia połogowego, które tem więcej mogło przyczynić się do ugniecenia obsuniętych jelit. Sądzę jednak, że wiele przyczyn mogło tutaj równocześnie działać.

Kol. Braun. W klinice krakowskiej w ciągu ostatnich 25 lat wykonano 3 razy cięcie cesarskie z powodu guzów. Pierwszy raz dał wskazanie do cięcia cesarskiego nerwiak nerwu kulnowego, drugi raz zropiały torbiel jajnikowy o ścianach grubych i zgęstniałej ropie położony pomiędzy blaszkami więzadła szer. lewego, a po raz trzeci w danym przypadku mięsak zatoki krzyżowo-biodrowej.

Pomyślny wynik cięcia cesarskiego zachowawczego, jak stwierdzają przypadki cięcia ces. z kliniki krakowskiej, zależy od ścisłej antiseptyki, aseptyki, wczesnego i szybkiego wykonania operacyi, nadto tej okoliczności, aby przecinając przednią ścianę macicy, nie przeciąć pierścienia Schroedera. W danym przypadku pokazało się, co może sprowadzić przecięcie pierścienia. Ponieważ tutaj trzon macicy był mały i dobrze skurczony, gdyż większa część płodu leżała w dolnym odcinku nadmiernie rozciągniętym, musiano ranę w przedniej ścianie macicy rozszerzyć ku dołowi, przez co rozcięto pierścień Schroedera, wskutek czego, jakkolwiek macica była nie źle skurczona, po usunięciu płodu i popłodu, ciągle trwało krwawienie z rany w dolnym odcinku i dopiero założenie kilku szwów dodatkowych zatamowało krwotok do reszty.

Przypadek cięcia cesarskiego z powodu zropniałego torbiela nasuwa uwagę, aby w każdym razie, gdzie mamy guz choćby twardy około macicy wykonywać punkcyą. W tym ostatnim przypadku znaleziono około macicy guz o grubych ścianach, twardy, zrośnięty z macicą i ścianami miednicy i uważano go za włókniak macicy podsurowiczy rozrastający się pomiędzy blaszkami więzadła szerokiego. Z tego powodu zrobiono cięcie cesarskie. Gdyby wykonano punkcyę, możeby się ten guz zmniejszył i poród dał się ukończyć drogą naturalną.

Kol. Mars. Guz w przypadku opisanym przez kol. Rosnera był o ścianach grubych, więc punkcya dawała nadzieję tylko małego pomniejszenia, dlatego wykonano cięcie cesarskie. Co do *ileus*, to wątpi, aby podane opium mogło samo sprowadzić *ileus*, bo często się podaje opium, a *ileus* nie jest tak częstą chorobą.

Kol. Cercha. W przypadku zropiałego torbielaka nie wie co lepiej było wykonać, czy cięcie cesarskie, czy pomniejszenie guza. W literaturze niema danych, z którychby wynikało, że przebieg po porodzie drogami naturalnemi w przypadkach nakłucia guzów zropiałych jest lepszy niż po cięciu cesarskiem.

Kol. Świtalski. Nie można makowcowi, który podawano przecież w małych dawkach przypisywać takiego znaczenia w danym przypadku, jak to czyni kol. Rosner. Główną przyczyną niedrożności było nagromadzenie zbitych mas kałowych w dolnej części jelit.

Kol. Obaliński. Chce tutaj uwydatnić to, co już powiedział tego roku w marcu przedstawiając w Tow. lek. krak. chorą, o której wspomniał kol. Rosner. U tejże chorej po operacyi i zeszyciu rana rozeszła się była a ponieważ u niej już podczas operacyi była *peritonitis*, więc warunki były złe i rana mogła się sama rozejść, ale tutaj została mechanicznie rozdarta przez chorą. Jelit wypadłych do rany było sporo, a że były nieczyste i jakby granulacyami pokryte, więc ich do jamy brzusznej nie odprowadził i sądzi, by nawet tam, gdzie jelita do brzegów rany nie zbyt przylegają i nie okazują granulacyi ale jak to bywa przy urazach leżały na powietrzu dłuższy czas, do brzucha nie wprowadzać, bo mogą być zanieczyszczone, a dokładnie oczyścić się nie dają wcale; na wierzchu mniej szkodzą, niż w jamie peritonealnej.

Ten przypadek przekonał kol. Obalińskiego, że jelita mają wielką dążność do powrócenia do jamy brzusznej. Możemy wprawdzie takie jelita wprowadzić do brzucha i użyć wielkiego drenu czyli worka z gazy jodoformowej, ale to wszystko nie wystarcza.

Kol. Braun nawiązując do tego, co mówił kol. Obaliński, dodaje że po cięciach cesarskich bardzo często zrasta się przednia ściana macicy z powłokami brzusznemi. U jednych chorych po niejakim czasie macica jest połączona z powłokami zaledwie wązkim sznurkiem, u innych jest zupełnie wolna i wróciła do swego położenia. Na to rozluźnienie zrostów między macicą a powłokami wpływa ciężar macicy, ruchy pęcherza, który wypełniony moczem odsuwa macicę w tył i ku górze, wreszcie tłocznia brzuszna, która macicę spycha na dół i naciąga zrosły.

Podobnie dziać się będzie i z jelitami, gdyby takowe zrosły z powłokami brzusznemi.

W końcu podnosi ten szczegół, że po przecięciu powierzchownej warstwy mięśni macicznych, reszta warstwy mięsnej, położona poniżej bez rozcięcia rozeszła się zupełnie tak, że bez dalszego użycia noża rana była zupełnie otwartą.

Kol. Madurowicz. Z trzech tumorów najtwardszy i wcale nieruchomy był guz umieszczony w miednicy i z tego powodu nie wykonał ani punkcyi, bo guz po punkcyi nie byłby się pomniejszył, i poród nie byłby łatwy, ani nie próbował odprowadzić go i dlatego odrazu przystąpił do cięcia cesarskiego.

Kol. Rosner. Co do przypuszczenia kol. Cerchy, to w miednicy małej nie było miejsca na jelita i nawet prostnica była między macicą a guzem ugnieciona. Tyłozgięcia nie było, bo dno macicy można było wybadać, leżało nad spojeniem łonowem.

W odpowiedzi kol. Braunowi podnosi, że za rzadkie wskazanie do cięcia uważa tylko guzy wychodzące z miednicy małej nie zaś z macicy lub jej części dodatkowych.

Opium samo nie mogło sprowadzić niedrożności, bo rzeczywiście na to złożyło się wiele przyczyn, o których mówiłem. Sądzi tylko, że osłabienie ruchów robaczkowych jelit przyczyniło się do powstania *ileus.* Uważa za niesłuszne twierdzenie kol. Brauna, jakoby tłocznia brzuszna mogła jelita wprowadzić do jamy brzusznej, ona raczej na zewnątrz wypiera.

5) Kol. Mars odczytał:

Przypadek porodu u osoby cierpiącej na wadę serca.

Autorowie, którzy zwracali uwagę na zachowanie się serca podczas ciąży, aczkolwiek różne wypowiadają poglądy, to prawie wszyscy godzą się na to, że serce ma podczas ciąży więcej pracy do spełniania, aniżeli poza nią. Zgodnie też z tem zapatrywaniem stwierdzono podczas ciąży przerost serca. Przerost ten jedni kładą na karb rozrostu mięśnia sercowego w całości, drudzy na karb rozrostu lewej komórki, inni wreszcie na karb rozszerzenia komórek.

W. Müller, który zajmował się pomiarami serca bardzo dokładnie, twierdzi, że mięsień sercowy wzrasta w miarę wzrostu ciała osobnika w ogóle i że to zjawisko

w obec ciąży ma zastósowanie. W myśl tego spostrzegł, że rozrost serca podczas ciąży bywa nieznaczny i dotyczy lewej jego komórki.

Przytoczone spostrzeżenia w obec przypadków fizyologicznego stanu serca, mają znaczenie naukowe, w obec jednak stanów nieprawidłowych, nabierają praktycznej doniosłości. Już podczas ciąży spostrzeżono, że osoby dotknięte wadą serca częściej ronią a niektórzy autorowie twierdzą, że w $1/_4$ części przypadków ciąża przerywa się przed swym końcem. Spostrzeżono dalej, że ciąża w drugiej połowie częściej się przerywa aniżeli w pierwszej. Wpływu wady serca na samą czynność porodową nieuważano, równie jak na połóg, jeżeli nie było żadnych znaczniejszych zaburzeń w czynności serca.

Wpływ za to ciąży na choroby serca jest o wiele doniośléjszy. Wessner podaje statystykę, według której w 43% przypadków obserwowanych, objawy ze strony serca były nieznaczne a w 20% groźne.

Procent śmiertelności bywa znaczny i tak: według Poracka na 89 obserwowanych umarło 34 osób, co czyni 38%; według Wessnera na 77 osób obserwowanych umarło 29 czyli 37% a według zestawienia P. Müllera na 58 osób zmarło 23, co wynosi 39%.

Jak widzimy, wyniki zestawień różnych autorów prawie zupełnie się zgadzają. Najczęściej śmierć następowała w połogu, rzadziej podczas ciąży a najrzadziej podczas porodu.

Dalej Virchow i Löhlein zwrócili uwagę, iż często podczas ciąży w przypadkach dawnych wad zastawkowych, występuje świeżo zapalenie wśródsierdzia. Wreszcie spostrzegano stłuszczenie mięśni brodawkowych serca, znaczniejsze zmiany w nerkach i zaburzenia narządu oddechowego. Podczas porodu, podczas każdego bólu porodowego zwiększa się znacznie parcie ościenne w tętnicach a tem samem i praca serca musi się powiększać. W połogu ustępują zwykle groźniejsze objawy i następuje polepszenie, czasem nawet długo trwające. Mimo to zdarzają się przypadki

śmierci: albo tuż po porodzie albo w późniejszych okresach połogu.

Przyczyna zejścia śmiertelnego leży albo w zmienionych nagle stósunkach krążenia albo, jeżeli śmierć następuje w późniejszych okresach połogu, to skutkiem zatorów lub nawrotów zapalenia wśródsierdzia. Co się tyczy nagłej zmiany stosunków krążenia tuż po porodzie, to autorzy się różnią w zapatrywaniach i tak: Spiegelberg twierdzi, że płuca i prawa komórka serca bywają zbyt przepełnione, Fritsch zaś twierdzi, że powstają znaczne zastoiny żylne w trzewach brzusznych.

Co do rokowania, to wszyscy autorowie rokują niekorzystnie w przypadkach wad zastawkowych serca, a najniekorzystniej w niedomykalności zastawki dwukończystej (Spie-gelberg, Porack, Berry Hars). Sée jest przeciwnego zdania.

P. Müller twierdzi, że ogólnie przyjęte złe rokowanie musi mieć zastósowanie szczególniej w przypadkach, gdzie wady zastawkowe świeże, gdy groźniejsze objawy wywołują albo gdzie zmiany chorobowe daleko posunięte. Lebert nadto dodaje, że rokowanie zależy nie tyle od samych zmian zastawek serca, ile od zmian mięśnia sercowego i układu naczyniowego, jak niemniej od kompensacyi. — Zmiany w innych organach mają też doniosłe znaczenie.

W celu leczenia zalecają autorzy zgodnie przede wszystkiem uregulowanie trybu życia, unikanie przyczyn mogących wywoływać nawroty cierpienia lub wzmaganie się objawów chorobowych, dobre odżywianie się, unikanie nadmiernej pracy, zaziębienia; w razie potrzeby radzą leczenie przypadowe a poza tem wyczekiwanie.

W wyjątkowych tylko przypadkach radzą wzniecenie przedwczesnego porodu, gdy grozi niebezpieczeństwo dla życia matki, które przez wypróżnienie macicy spodziewamy się odwrócić, lub gdy z biegiem ciąży objawy chorobowe stają się coraz to groźniejsze i mamy prawo obawiać się, że chora przed końcem ciąży zginie albo przynajmniej bę-

dzie w takim stanie, że prawdopodobnie podczas porodu lub połogu umrze. Podczas porodu zalecają też wyczekiwanie a ewentualnie przyspieszenie porodu przez sztuczne rozwiązanie, jeżeli występują groźne objawy.

Uwagi nadmienione zestawiłem z podręczników położniczych a głównie z dzieła P. Müllera (*Die Krankheiten des weiblichen Körpers)*, by usprawiedliwić opowiedzenie następującego przypadku:

N. N., pierwiastka, 21 lat licząca, cierpiąca na niedomykalność zastawki dwukończystej, świeżo w panieństwie powstałą na tle sprawy wśródsierdziowej. Po zamążpójściu niebawem zaszła w ciążę. Od trzeciego jej miesiąca księżycowego poczęła doznawać coraz przykrzejszych objawów ze strony serca a mianowicie częstego bicia serca i duszności. Kol. Gluziński, który miał pacyentkę pod opieką, rozpoznał: zapalenie wśródsierdzia i osierdzia, jak niemniej powziął podejrzenie zmiany w mięśniu sercowym.

Mimo leczenia właściwego stan chorej pogarszał się zwolna, jednostajnie a po połowie ciąży, każden niemal ruch ciała wywoływał duszność i bicie serca. W tym też okresie ciąży byłem wraz z innymi kolegami wezwany na naradę lekarską, na której orzeczono, że przypadek jest ciężki a to ze względu, że w przebiegu zauważono zaostrzanie się sprawy wśródsierdziowej od czasu do czasu. Rokowano zatem bardzo wątpliwie, tak co do możności utrzymania ciąży, jako też co do porodu a to tem więcej, że obawiano się zmiany chorobowej mięśnia sercowego. Wreszcie zwrócono uwagę na możność zejścia śmiertelnego mimo wszelkiej pomocy lekarskiej. Zalecono leczenie przypadowe i wyczekiwanie dalsze, nie wykluczając możności powstania wskazania do sztucznego przerwania ciąży, gdyby wystąpiły groźne objawy.

Wśród dalszego przebiegu stan pacyentki pogarszał się wciąż aż do 9 go miesiąca księżycowego ciąży, poczem szybko w miarę obniżania się dna macicy pacyentka miała się coraz to lepiej. Z każdym dniem była swobodniejszą a pod koniec ciąży mogła się dość dużo poruszać nie doznając wcale ani duszności ani bicia serca.

Dnia 12. października z. r. wystąpiły bóle porodowe. Wezwany do pacyentki o godzinie 1. w południe zastałem ją siedzącą swobodnie przy jedzeniu. — Podczas badania stwierdziłem ściąganie się macicy a nadto mierne skrócenie części pochwowej, zresztą nic osobliwego.

O godzinie 5. po południu zastałem szyję macicy zupełnie rozdętą, ujście zewnętrzne zwrócone ku kości krzyżowej, przepuszczające koniec palca, bóle częste, bolesne. Stan pacyentki ogólny dobry, tętno spokojne, tylko nieco zniecierpliwienia.

O 9. wieczorem badanie wewnętrzne nie wykazuje żadnego postępu porodowego. Bóle bardzo częste, bolesne, tętno przyspieszone (112), małe, zniecierpliwienie większe, niepokój. Podano *tra strophanti* a mianowicie 15 kropel.

O godzinie 11. badanie wewnętrzne nie wykazuje żadnego prawie postępu porodowego; bóle bardzo częste długotrwałe, silne; w przerwach między bólami macica wyraźnie wolnieje, mimo to jednak chora żali się prócz bólów porodowych na stały ból nieokreślony w brzuchu, tętno 120 uderzeń na minutę, nikłe, występuje duszność znaczniejsza.

Wobec braku postępu porodowego wśród silnych bólów a pogarszania się tętna, począłem się obawiać, że nim poród dobrowolnie się ukończy, mogą wystąpić groźne objawy ze strony serca. Powziąłem przeto myśl rozwiązania rodzącej sztucznie. W tym celu postanowiłem przedewszystkiem utorować sobie drogę sztucznie rozszerzając ujście zewnętrzne macicy, już to za pomocą wprowadzonego do jamy macicy balonu Brauna, już też w danym razie za pomocą palców a nawet w razie potrzeby za pomocą nacięcia brzegów ujścia zewnętrznego macicy, aby módz później założyć kleszcze. Nim jednak zdecydowałem się na ten zabieg, chciałem podać chorej makowiec, w przekonaniu, że, gdyby tym sposobem bóle stały się rzadsze a macica w przerwach dłuższych wolniała, chora mogłaby odpocząć a przez to i zmienione stosunki krążenia mogłyby się nieco wyrównać; wówczas także i zabieg operacyjny, który uważałem za nieuniknione, byłby łatwiejszym do wykonania. Zachęcało mnie do tego i znaczniejsze rozdrażnienie rodzącej.

Obecny podczas porodu kol. Gluziński zbadawszy stan narządu krążenia, zgodził się na podanie małej dawki makowca. Podano zatem chorej 10 kropli *trae opii simplicis* wewnętrznie. Niebawem chora zaczęła być spokojniejszą, bóle stały się rzadsze, spokojniejsze, mniej dotkliwe a przerwy między niemi dłuższe tak, że pacyentka w przerwach między bólami poczęła zasypiać.

Tętno stało się pełniejsze, liczba uderzeń spadła znacznie, bo na 96 na minutę. Badanie wewnętrzne okazało szybki postęp porodowy, i już w godzinę niemal ujście zewnętrzne było zupełnie rozwarte. Przebito pęcherz płodowy,

a główka wstąpiła do pochwy. Mimo zakazu pacyentka parła teraz coraz silniej.

Po półgodzinnem trwaniu drugiego okresu porodowego, nagle poczęła się żalić na ból w klatce piersiowej, wystąpiła duszność, sinica, tętno stało się liczne (130), słabo wyczuwalne. Obecny kol. Gluziński stwierdził *periculum in mora*; założyłem przeto szybko kleszcze i po kilku pociąganiach urodziłem główkę w mechanizmie nieprawidłowym położenia czaszkowego. Córka żywa, donoszona, około 4000 grm. ważąca. Tuż po porodzie zastósowano ucisk na brzuch rękoma. Pacyentka przyszła do siebie, tętno zwolniało, sinica ustąpiła. Okres trzeci prawidłowy.

W połogu przebiegającym prawidłowo z każdym dniem tętno wolniało i po kilku dniach zeszło na 68 uderzeń w minucie. Wymiary serca, które podczas ciąży były znaczne, (stłumienie serca sięgało poprzecznie do prawego brzegu mostka) z każdym dniem zmieniały się na korzyść a po kilku dniach prawa komórka sięgała do lewego brzegu mostka. Słychać szmer skurczowy nad końcem serca.

W niniejszym przypadku zwracają uwagę objawy ze strony serca podczas ciąży a mianowicie objawy, które groźnie występowały, ustąpiły w 9tym miesiącu księżycowym, gdy główka wstąpiła do jamy miednicy. Przyczyna tej zmiany jest zupełnie jasna; dziwić się mi tylko przychodzi, że autorzy na tę okoliczność nie zwracają uwagi a przynajmniej ja się z podobną wzmianką nie spotkałem. Sądzić zaś muszę, że takiego polepszenia spodziewać się można u każdej pierwiastki z prawidłową miednicą po zstąpieniu główki do miednicy.

Drugą okolicznością zasługującą na uwagę jest skutek, jaki wywarło w niniejszym przypadku podanie makowca na czynność serca.

W literaturze znalazłem tylko zdanie w dziele Winckla (*Lehrbuch der Geburtshülfe S. 255*), że środki znieczulające w przypadkach porodu u osób cierpiących na wadę serca nie są przeciwwskazane, ale owszem są korzystne, gdyż zmniejszają działanie tłoczni brzusznej, uspakajają i regulują czynność serca. Winckel powołuje się w tej mierze na zdanie Macdonalda, Vergelyego i Bara. Żałuję, że prace tych autorów nie były mi przystępne.

W wypowiedzianem zdaniu Winckel miał na myśli środki znieczulające w tem znaczeniu, jak ich używamy w celu znieczulenia podczas operacyi, i wspomina o tem widocznie, uwzględniając przyjęte w chirurgii przeciwwskazanie do używania środków znieczulających w przypadkach wady serca. Aczkolwiek podanie makowca w naszym przypadku daje się podciągnąć pod zdanie przez Winckla wypowiedziane, to przecież podano makowiec w innym celu i w dawce, która nie mogła znieczulić.

W każdym razie stwierdzić muszę, iż podanie tak małej ilości jak 10 kropel nastoju makowca wewnętrznie, wywołało tak znaczne i korzystne objawy, iż mimo woli zdumieć się musiałem. Spostrzeżenie to naprowadza mnie na myśl, aby w każdym przypadku wady serca w przyszłości i wszędzie tam, gdzie wśród porodu będę widział zanadto wzmożoną czynność serca, podać makowiec w celu uspokojenia i uregulowania czynności serca.

W dyskusyi zabierali głos:

Kol. Madurowicz. Wszędzie gdzie się wikła ciąża z wadą serca, można zauważyć, że objawy duszności w dziesiątym miesiącu łagodnieją, podczas porodu nie widział pogorszenia, częściej w połogu.

Na wniosek kol. Jordana odroczono dyskusyę nad tym przedmiotem.

XII. Posiedzenie z dnia 17 grudnia 1892 r.

Przewodniczący Prof. Madurowicz. Obecnych członków 12.

Porządek dzienny:

1) Odczytanie protokółu.

2) D-rowie Fraenkel i Rosenthal z Warszawy proponowani na poprzedniem posiedzeniu na członków korrespondentów wybrani zostali jednogłośnie.

Kol. Mars w dłuższem przemówieniu zaznaczył różnice jakie zachodzą w kierunku dydaktycznym na klinikach przed i po przyjęciu postępowania przeciw i bezgnilnego. Wśród tegoż wykazywał, że dawniej uczniowie mieli łatwiejszy przystęp do materyału klinicznego, aniżeli dzisiaj i większe też korzyści osiągać mogli. Dalej zaznaczył, iż pod wpływem postępowania

przeciw a później bezgnilnego część operacyjna ginekologii bardzo znacznie postąpiła i powstało wiele nowych i bardzo śmiałych operacyi. W obec tych spostrzeżeń sądzi, że nauczenie się operacyi jest dla ucznia dzisiaj trudniejszem niż dawniej. — Kol. Mars ćwiczy z uczniami operacye ginekologiczne na bałwanach Schultze-Winckla od lat kilku przekonał się jednak, że nauczanie operacyi, które uczniowie na bałwanie wykonywać mają napotyka na trudności a mianowicie: 1. Wykonanie poszczególnych operacyi przed uczniami zabiera bardzo wiele czasu, tak, że dla uczniów do ćwiczeń niewiele pozostaje; 2. rysowanie na tablicy i przedstawianie rysunków z dzieł wielokrotnie nie wystarcza, gdyż wielu uczniów nie umie sobie wyobrazić tego w przestrzeni, co widzi narysowane na płaszczyźnie, a niepodobna, aby nauczyciel rysunki cieniował; 3. Niektóre części operacyi trudno narysować, a opisy i rysunki w dziełach bywają nieraz niezrozumiałe. Jako przykład podaje rysunek i opis operacyi w dziele Winckla z roku 1886, str. 299, który tenże autor wykonywa w przypadkach wypadnięcia macicy.

Pod wpływem tych trudności postanowił skorzystać ze sposobu w jaki kol. Dr. Borysowicz z Warszawy na ostatnim zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie przedstawił swą nową operacyę na części pochwowej macicy, i wykonał kilkadziesiąt modeli glinianych, przedstawiających operacye ginekologiczne w sposób plastyczny. Modele te, na których pozaprowadzał szwy z włosienia końskiego okazały mu się wśród nauczania ginekologicznych operacyi bardzo praktycznemi a uczniowie przyjęli je bardzo chętnie. Na modelach tych wytłómaczenie operacyi bardżo łatwe, uczniowie rozumieją przebieg operacyi odrazu, a zamiast powtarzania opisu i rysunku wystarcza okazanie modelu. Tym sposobem uczniowie zyskują wiele na czasie i na sposobności nauczenia się, a kol. Mars uważa ten sposób za postęp w kierunku dydaktycznym. Wreszcie przedkładając Towarzystwu wykonane w glinie modele w liczbie około 30-stu prosi kolegów o zdanie.

Przedstawienie to przyjęli koledzy oklaskami.

Kol. R y d y g i e r zachęca kol. Marsa, aby w rozpoczętej pracy dalej postępował. W bardzo łatwy bowiem sposób są przedstawione operacye, które z opisu nieraz zupełnie niezrozumiałe a szczególnie sposoby założenia szwów. Jest przekonania, że podobny zbiór kupi każda klinika ginekologiczna i proponuje by jeden taki zbiór posłać do Rzymu drugi do Chicago, bo to dla nauki jest podstawowa rzecz.

Kol. Braun potwierdza, że powyższe okazy mogą być bardzo przydatne w nauczaniu o operacyach ginekologicznych, szczególnie dla początkujących.

Kol. Madurowicz wątpi ażali szwy dadzą się wprowadzić na odlewach gipsowych.

Kol. Mars przyrzeka w przyszłości przedstawić dalszy ciąg a względnie reprodukcye tych modeli, jeżeli mu się to uda.

4) Kol. Harajewicz odczytał:

Przypadek połogowego rozmiękczenia kości, uleczony przez wytrzebienie.

W dniu 23 lutego 1892 roku przywieziono do szpitala powszechnego w Żywcu Annę W., liczącą lat 45, z Radziechowa, zamężną. Badanie chorej okazało co następuje:

Wywiady: Od dzieciństwa nie przebywała żadnych ciężkich chorób, o dziedziczności żadnej choroby nie umie nic powiedzieć. Regularność wystąpiła w 17. roku życia, przychodziła w jednakowych odstępach czasu, bywała skąpa i nie bolesna. W kilka miesięcy po pojawieniu się peryodu wyszła za mąż, zaraz zastąpiła i w 18. roku życia powiła pierwsze dziecię. Wogóle odbyła 12 porodów. Nie roniła nigdy.

Wszystkie porody odbywały się łatwo, siłami natury a dzieci przychodziły na świat czasowe, nie chowały się jednak wszystkie, gdyż 5-ro, młodszych szczególnie, pomarło wieku od $1^1/_2$ roku do 5 lat, a jak matka podaje z powodu „konwulsyi“ (dokładniej objawów chorobowych nie umie określić). Dzieci wszystkie karmiła własną piersią przez przeciąg 12 do 15 miesięcy za każdym razem. Podczas 10. ciąży, t. j. przed $5^1/_2$ laty, cierpiała przez kilka ostatnich tygodni na ogólną opuchlinę, która ustąpiła bezpośrednio przed samym porodem wśród objawów uporczywej biegunki; w parę dni jednak po porodzie wystąpiła na nowo i trwała przez kilka tygodni. To dziecię karmiła przez $1^1/_2$ roku a w 2 lata po tym porodzie nastąpił jedenasty. Wśród tej ciąży, t. j. przed $3^1/_2$ laty, poczęła od 7. miesiąca doznawać bólów w kości krzyżowej i w kościach miednicznych tak, że zmuszoną była ostatnie dwa miesiące spędzić w łóżku. Dziecko urodziło się łatwo, było zdrowe, matka karmiła je sama, ale przez pierwsze dwa miesiące po porodzie musiała leżeć z powodu strzykających bólów w kościach miednicy, potęgujących się przez ruchy nóg.

Zwolna przychodziła do siebie, bóle ustąpiły zupełnie i wśród regularności, która się trzy razy pokazała, nie zau-

ważyła żadnego pogorszenia. Przed $2^1/_4$ rokiem zastąpiła po raz dwunasty. Do połowy ciąży czuła się bardzo dobrze ale podczas całej drugiej połowy nie opuszczała łóżka z powodu mocnych bólów, ograniczonych do samej tylko miednicy które przy usiłowaniu chodzenia stawały się nieznośnemi. Poród odbył się łatwo, chociaż już wolniej aniżeli poprzednie, a płód przyszedł na świat bez żadnej pomocy i żywy. Karmiła go przeszło rok. Przez ten czas bóle ciągle trwały chociaż z mniejszem nasileniem tak, że mogła się jeszcze zajmować i domem; polepszenia jednak nie uważała, a po odstawieniu dziecięcia, t. j. od trzech miesięcy, stały się mocniejszemi tak dalece, że chora zupełnie ustać nie mogła, a od dwóch miesięcy nawet wśród spokojnego leżenia zaczęły się pojawiać gwałtowne strzykające bóle w kościach kończyn górnych i klatki piersiowej. Przez ten czas pojawiła się 2 razy regularność, zawsze trzy dni trwająca, przyczem chora nie zauważyła żadnej zmiany w bólach.

Gośćca stawowego nie przebywała, upławów uporczywych ani biegunki nie miewała. Żyła wprawdzie ubogo, bo mięso jadała nader rzadko, ale używała tej samej strawy, jaką się karmią wogóle kobiety w jej stronach a stanowiła między niemi odosobniony przypadek choroby. Apetyt miewała mierny, napojów wyskokowych nigdy nie nadużywała, mieszkanie zaś miała suche.

Stan obecny. Budowa i odżywienie liche, wzrost średni, skóra blada, błony śluzowe niedokrewne, tkanki tłuszczowej prawie zupełny brak. Wyraz twarzy zdradza cierpienie. Wypukowy odgłos nad płucami jawny, granice ich dolne obniżone o jeden przestwór międzyżebrowy. Przysłuchem daje się stwierdzić rozległy nieżyt oskrzelowy, dający od kilku tygodni powód do kaszlu, nader uciążliwego dla chorej, dotkniętej nieznośnemi bólami w kościach klatki piersiowej. Tony serca czyste, głuche. Wymiary serca prawidłowe, tętnica miękka, tętno małe.

Brzuch wzdęty, niebolesny, w okrężnicy zstępującej wybadać można kał, chora bowiem od czasu leżenia oddaje stolec co 3 lub 4 dni. Narządy jamy brzusznej bez zmian chorobowych. Mocz oddaje w ilości od 1500 do 1800 gramów na dobę. Szczegółowy jego rozbiór chemiczny, wykonany łaskawie przez Dra J. Opieńskiego w Krakowie, nie wykazał żadnych nieprawidłowych części ani też wybitnego zmniejszenia lub zwiększenia zwyczajnych składników.

Kościec przedstawia znaczne i wybitne zmiany chorobowe: Stos kręgowy, począwszy od 2-go kręgu piersiowego,

skończywszy na pierwszym lędźwiowym, jest kabłąkowato wygięty ku tyłowi. Wygięcie to, prawdopodobnie nawykowe, daje się sprostować tylko częściowo przez uciskanie dłonią. Część lędźwiowa kręgosłupa wygięta jest tak znacznie ku przodowi, że tworzy ostry kąt z kością krzyżową nieckowato ku tyłowi wypukłą, a której znaczniejsze skrzywienie ku tyłowi przypada na 3-ci krąg. Inne kości miednicę składające są bardzo znacznie zniekształcone; mianowicie talerze kości biodrowych są tak znacznie kątowato zgięte, że rowek Kiliana można łatwo od wnętrza wybadać. Ramiona poziome kości łonowych zbiegają się razem w kształcie ostrego dzióba. Przez badanie wewnętrzne przekonać się można, że ramiona zstępujące kości łonowych są znacznie do siebie zbliżone u góry, siedzeniowe są od siebie zaledwie na 3 ctm. oddalone tak, że badanie wewnętrzne jest bardzo utrudnione.

Wymiary miednicy są następujące:

Obwód miednicy	74	ctm
Odległość kolców biodr.	23	„
„ grzebieni „	26	„
„ krętarzy	27	„
Wymiar prosty zewn.	17	„
„ przekątny	11	„

Macica, nieco niżej położona, w ułożeniu prawidłowem, żadnych zboczeń zresztą nie przedstawia. Jajniki wymacać się dające badaniem oburęcznem są nieco obniżone i za ugniataniem lekko bolesne. Kości miedniczne miękkie uginają się pod miernym uciskiem, co również można zauważyć i na kościach kończyn. Wszystkie kości, z wyjątkiem twarzowych i czaszkowych, są tak bolesne, że chora przy ucisku nie może się wstrzymać od krzyku.

Ból równie mocny wywołują nietylko ruchy, n. p. usiłowanie stąpienia lub przewrócenia się na bok, ale nawet wśród spokojnego leżenia tak dotkliwie dokuczają szczególniej w miednicy i klatce piersiowej, że chora na wspomnienie, iż operacya, chociaż względnie niebezpieczna, może ją uwolnić od dolegliwości, zgadza się na nią najchętniej.

Ulegając życzeniu chorej, wykonaliśmy operacyę dnia 2 kwietnia 1892 roku w uśpieniu chloroformowem i w ułożeniu Trendelenburga. Przy operacyi pomagał nam łaskawie Dr. J. Szajna, c. i k. lekarz powiatowy w Żywcu. Warunki, w jakich się u nas znajdują prowincyonalne szpitale, dozwoliły nam przeprowadzić tylko ścisłą antyseptykę, gdyż o dokładną aseptykę było dosyć trudno.

Po otwarciu jamy brzusznej cięciem na 7—8 ctm. długiem, w linii środkowej, po nad samem spojeniem łonowem, i po odszukaniu jajników nieco niżej położonych, zupełnie wolnych, okazało się, że barwa ich jest zupełnie prawidłowa i że niema w nich żadnego przekrwienia. Naczynia przebiegające na ich powierzchni zachowywają się prawidłowo. Lewy jajnik jest nieco większy aniżeli prawy, który jest prawidłowej wielkości. Nadto na powierzchni pierwszego można widzieć gdzieniegdzie wzniesione miejsca półkoliste, od wielkości połowy groszku okrągłego, do rozmiarów połowy fasoli.

Więzadła i naczynia jajników podwiązano pętlicowato, za pomocą tępych igieł Dechampsa i nad podwiązkami odcięto tak, że jajniki zostały w całości wyjęte. Przekonawszy się, że niema żadnego krwawienia z szypuł, i zeszywszy brzegi błony surowiczej nad powierzchnią przeciętą szwem kuśnierskim, katgutowym, zagłębiono je i zamknięto następnie jamę brzuszną. Brzegi otrzewny zespojono szwem kuśnierskim katgutowym a powłoki brzuszne szeregiem głębokich szwów węzełkowych, jedwabnych. Opatrzenie antyseptyczne. Operacya wraz z uśpieniem trwała 20 minut

Przebieg pooperacyjny był idealny. Raz tylko jedyny w 4 godziny po operacyi podniosła sie cieplota na chwilę do 38·4, zresztą nie przekroczyła 34·7. Rana zagoiła się przez rychłozrost w przeciągu 7 dni, o czem przekonano się po otwarciu opatrzenia.

Z obserwacyi pooperacyjnej było to najważniejszem, że chora zaraz po obudzeniu się z uśpienia uczuła się swobodną od wszelkich bólów, podczas spokojnego leżenia. Już dnia następnego małe ruchy rękami lub nogami nie wywoływały bólu a strzykające bóle w kościach klatki piersiowej nawet podczas kaszlu nie odzywały się więcej. Dla wszelkiej pewności, chociaż rana zupełnie się zgoiła, nie pozwalano chorej przez 3 tygodnie łóżka opuszczać; kości bowiem przez 2 tygodnie jeszcze były miękkiemi, lubo coraz bardziej twardniały. Dopiero w 3 tygodnie po operacyi chora po raz pierwszy usiadła na łóżku i opuściła nogi na ziemię a wszystko to ku wielkiej swej radości bez bólu.

W miesiąc po operacyi zaczęła już powoli posuwać się kolo łóżek a w 6 tygodni chodziła już po schodach na pierwsze piętro o własnych siłach, tylko z pomocą laski.

Stan chorej w dniu 4 maja 1892 r. a zatem w $1^1/_2$ miesiąca po wytrzebieniu, różnił się o tyle od stanu przed operacyą, że mimo pozostałego zniekształcenia, kości stwardniały

zupełnie, stały się niebolesnemi a objawy uporczywego nieżytu oskrzelowego ustąpiły.

W 3 miesiące po operacyi chora poszła piechotą do wsi o milę odległej i dotąd czuje się zdrową.

Przez cały ten czas nie podawano chorej żadnych leków, aby nie zamazywać obrazu wyzdrowienia i skutków należących się tylko wytrzebieniu.

Ciałek eozynochłonnych nie badano. Anatomiczne badanie jajników nie wykazało żadnego innego zboczenia prócz zwyrodnienia drobno torbielowatego w lewym organie.

Drobnowidem nie badano, gdyż nie było pod ręką odpowiednich odczynników, aby przeprowadzić doświaczenie Fehlinga, a preparaty przywiezione do Krakowa okazały się już do tego nieprzydatnemi.

Aczkolwiek przypadek ten, ze względu na objawy chorobowe, leczenie i ostateczny skutek operacyi, nie liczy się do wyjątków, to przecież, z jednego bodaj względu, zasługuje na uwagę. Szczegółem zaś tym jest niezwykle szybkie polepszenie, jakiego nie znajdujemy w żadnym z przypadków dotąd ogłoszonych.

Najrychlejsze polepszenie, jakie wogóle dotąd spostrzeżono po wytrzebieniu, podaje Thorn[1]), który zauważył ustąpienie bólów w 3 dni po operacyi. Fehling[2]) w drugim przypadku z ogłoszonych podaje zmniejszenie się bólów w 3 dni po operacyi; w dziewiątym przypadku ustąpiły bóle w 6 dni po rękoczynie, w szóstym zaś poruszanie kończyn nożnych było swobodniejszem w 8 dniu. Braun St.[3]), zauważył ustąpienie dolegliwości w 10 dniu wyzdrowienia.

W naszym zaś przypadku spostrzegła chora, ku swemu wielkiemu zdziwieniu, zaraz po obudzeniu się z uśpienia, że żadnych dolegliwości nie doznaje. Należy zaś zwrócić uwagę, że chora ta, aż do ostatniej chwili przed operacyą, cierpiała na mocne bóle we wszystkich niemal kościach pomimo spokojnego leżenia tak, że formalnie dopraszała się o operacyą.

---

[1]) Centralblt. f. Gyn. Nr. 41, 1891.
[2]) Arch. f. Gyn. t. 39, z. 2.
[3]) O rozmiękczeniu kości itd. Kraków 1891.

Jakie czynniki grały główną rolę, że w tym przypadku nastąpiło tak raptowne ukojenie dolegliwości, na pewne rozstrzygnąć trudno. Być może, że jeszcze nie zbyt długie trwanie choroby najwięcej do tego się przyczyniło, bo początków jej szukać należy przed $3^1/_2$ laty.

Przypuszczenie to mógłby potwierdzać przypadek Thona[1]), w którym choroba datowała się od 2 lat, i Trurriego[2]), który trwanie choroby oznaczał na 3 lata. Nadto przemawia za tem i ta okoliczność, że kości były jeszcze miękkie; dały się bowiem uginać, choroba zatem nie była w pierwszym swoim okresie, jako t. z. *Osteomalacia cerea*, której Fehling[3]) nie uważa za osobną odmianę, ale za początkowe stadyum rozwojowe.

Wobec takiego stanu rzeczy nasuwa się mimowoli pytanie, jak się zachować należy w przypadkach rozmiękczenia kości, nie połączonych z ciążą i w przypadkach ciążą powikłanych.

Znakomite skutki, zewsząd ogłaszane a uzyskane przez wytrzebienie, dają temu zabiegowi poważne znaczenie.

Skutkiem tej operacyi bowiem nietylko, że jesteśmy w stanie uleczyć chorobę zupełnie, ale sprowadzając sztucznie porę przechodową (*climax*), chronimy od zastąpienia a więc i pogorszenia się otrzymanego już raz skutku. Znajdujemy wszakże tu i owdzie, wzmianki o pomyślnem wyleczeniu rozmiękczenia kości, za pomocą przetworów aptecznych, jak fosforu, tranu, żelaza i t. p.; są one jednak jeszcze skromne, niepewne. Sternberg[4]) w ostatnich czasach zachwala bardzo takie zachowawcze postępowanie, wskazując na 3 przypadki osteomalacyi w ten sposób wyleczone; jednakże zaręczyć nie można, czy ciąża nie przyjdzie a z nią powrót dawnych objawów i pogorszenie się sprawy chorobowej.

---

[1]) [2]) l. c.

[3]) Würt. Correspondblt. 1877.

[4]) Wr. klin. Woch. Nr. 17, 1891. Wr. med. Presse, Nr. 20. 1892.

Oprócz więc tak wielkiej różnicy między obu temi sposobami leczenia należy także zwrócić uwagę i na tę okoliczność, że przez operacyę uwalnia się chorą, w czasie zwykle bardzo krótkim, od wielkich dolegliwości a nie naraża się organizmu na wycieńczenie, gdy leczenie środkami wewnętrznemi trwać musi najmniej kilka miesięcy, wśród których chora zawsza cierpi i ostatecznie za zupełnie wyleczoną uważać się nie może.

Jakkolwiek wytrzebienie w rozmiękczeniu kości nie posiada dotąd ściśle naukowych wskazań i podstawy, bo przyczyny choroby nie zdołano jeszcze wyjaśnić, mimo to skutki tej operacyi świadczą dowodnie o jej wartości i popierają przypuszczenie Fehlinga, odnoszące przyczynę choroby do niewyśledzonych dotąd zmian patologicznych w jaj, nikach.

Wszystkie inne teorye, chociaż misternie i pracowicie obrobione, tracą na wartości wobec terapii, stosowanej na ich podstawie; pierwszeństwo zaś wywalczył sobie sposób operacyjny, który obecnie trzeba uważać poniekąd za najpierwszy.

Na podstawie wyżej przytoczonych naszych spostrzeżeń gdyby one do tego znalazły potwierdzenie i z innych stron, należałoby uważać za wskazanie do zabiegu operacyjnego jak najwcześniejszy okres wykazanej już choroby, gdyż w ten tylko sposób, można zawczasu opanować chorobę i uchronić chorą od zniekształceń idących w parze z postępami choroby.

Co się tyczy drugiego pytania, t. j. jak się zachować należy wobec powikłania przerzeczonej choroby z ciążą, to postępowanie lecznicze zawisło w zupełności od stanu ogólnego chorej, okresu choroby i zachowania się płodu. Fehling[1]) wyraża zdanie, że cięcie cesarskie należy znacznie ograniczyć w przypadkach ścieśnień miednicy, mających za podstawę rozmiękczenie kości, a to z tego powodu, że ka-

---

[1]) l. c.

nał kostny można bardzo rozszerzyć, szczególniej przy pomocy głębokiego uśpienia.

Zdanie to jest zupełnie słuszne w razie, jeżeli się ma do czynienia z przypadkiem we wczesnym okresie choroby, w którym część kostna kanału rodnego daje się jeszcze o tyle rozciągnąć, ze płód można przezeń przeprowadzić w całości.

Inaczej się jednak rzecz przedstawia, gdy choroba posunęła się tak daleko, że ścieśnienie miednicy jest bardzo znaczne a rozszerzalność jej bardzo mała. Wprawdzie w czasie ciąży miękną i kości i połączenia stawowe, nawet w stanie prawidłowym, jak tego dowiódł Ahlfeld[1]), w drugim wszakże okresie osteomalacyi posiadają one już tak mało podatności, że i myśleć nie można o wydobyciu płodu całego i żywego drogą naturalną. Pozostaje zatem albo cięcie cesarskie w końcu ciąży albo wzniecenie porodu przedwczesnego.

Ostatni ten zabieg odpowiadałby w tym tylko razie swemu zadaniu, gdy miednica nie jest jeszcze zbyt ścieśniona, aby mógł urodzić się płód żywy i zdolny do dalszego rozwoju. O to zaś trudno. W przypadkach bowiem rozmiękczenia kości, które już stały się niepodatnemi, znajdujemy tak małe już wymiary poprzeczne, że wzniecenie porodu, nawet w 7 miesiącu ciąży, nie obyłoby się bez następowej pomocy przy wydobybiu płodu, któremu jako delikatnemu i nie rozwiniętemu najlżejszy nawet zabieg operacyjny mógłby znacznie zaszkodzić.

Nadto postępowanie takie doraźne nie zabezpieczy chorej od dalszych postępów sprawy patologicznej i nie usuwa niebezpieczeństwa nowego zastąpienia i dalszego pogorszenia się choroby. Zabieg więc ten należy usunąć z szeregu sposobów leczenia w rozmiękczeniu kości, jeżeli tylko obok niego niema żadnej innej przyczyny nakazującej wprost tę operacyę.

Pozostaje zatem tylko cięcie cesarskie. W przypadkach przeto osteomalacyi z równoczesną ciążą należy wyczekiwać

---

[1]) Schmidts Jahrb. 1876.

prawidłowego końca ciąży i w czasie odpowiednim wykonać cięcie cesarskie z następującem raraz wytrzebieniem, jak to wykonał i podał Madurowicz [1]).

Jedynie racyonalne to postępowanie daje najlepsze warunki urodzenia dziecka żywego, utrzymania matki i wyleczenia jej stanowczego z choroby.

Wśród kilku miesięcy, które ubiegły od napisania powyższej rozprawki, zdarzył mi się przypadek, nadający się do dalszych spostrzeżeń nad leczeniem osteomalacyi, i to w odmiennym kierunku, jak w powyż opisanym przypadku: dlatego ośmielam się w skróceniu podzielić się wysnutemi zeń wnioskami z łaskawymi Czytelnikami.

Dnia 10/X. 1892 przyjąłem do szpitala Żywieckiego Małgorzatę C., l. 35 liczącą, która od półtora roku opuścić nie może łóżka, jak podaje, z powodu bólów nietylko przy usiłowaniu chodzenia, ale i przy ruchach w samemże łóżku. Stan podobny wystąpił już raz przed czterema laty, gdy chora była po raz czwarty w ciąży, trwał przez dwa ostatnie jej miesiące i zniknął potem zupełnie, aby znów po półtora roku wśród piątej ciąży, wystąpić również w jej dwóch ostatnich miesiącach. Po porodzie nastąpiła paromiesięczna poprawa, ale od $1^1/_2$ roku stan się ciągle pogarsza. W obu razach najpierw nawiedzona była przez chorobę miednica. Dzieci urodziły się (w tych dwóch ciążach) same, żywe, ale wkrótce poumierały; chora nie karmiła.

Obecnie u osoby licho odżywionej, bardzo niedokrewnej, znajdujemy znaczne zniekształcenie kośćca z cechami właściwemi osteomalacyi (szcz. w części lędźwiowej i krzyżowej stosu kręgowego). Kości miednicy, kończyn dolnych, klatki piersiowej są bolesne za uciskiem a bolesność ta daje się również chorej uczuwać uciążliwie wśród każdego poruszenia kończynami. Przy spokojnem leżeniu bólów strzykających niema. Ten powód ostatni, t. j. brak bólów samoistnych, znaczna niedokrewność a dalej przypadek osteomalacyi postrzegamy właśnie w tym czasie w oddziale położni-

---

[1]) Braun l. c.

czym szpitala św. Łazarza w Krakowie, leczony ze skutkiem przez wewnętrzne podawanie fosforu, nakłonił mnie wbrew naleganiu chorej o operacyę do leczenia wewnętrznego. Po dawano więc systematycznie przez dwa pierwsze tygodnie przetwory żelazowo-chinowo-arsenowe, następnie obok nich fosfor a to po 3 łyżeczki dziennie rozczynu 0·01 do 1·04 na 100 tranu. Po miesiącu zniknęły bóle przy ruchach tak w klatce piersiowej, jak w kończynach; ucisk jednak na te kości był jeszcze bolesny. Obecnie po 3 miesiącach chora potrafi bez bólu przejść o własnych siłach parę kroków, do dłuższego chodzenia jednak używa kul.

Jakkolwiek więc tem postępowaniem uzyskany skutek nie jest szybkim, to w każdym razie otrzymana dotąd znakomita poprawa (prawie całkowite wyleczenie) zwraca na siebie uwagę, na dowód, że (może w specyalnych przypadkach?) przez leczenie wewnętzne dojść możemy w tej chorobie, bez narażania chorej na operacyą i pozbawienie jej jajników, do rezultatów ze wszech miar zadawalniających, a o tyle wyższych od skutków pooperacyjnych, że uzyskanych na drodze bezpieczniejszej a więcej fizyologicznej.

W dyskusyi zabierali głos:

Kol. C e r c h a. W klinice krakowskiej były trzy przypadki wyjęcia jajników z powodu osteomalacyi.

Uwzględniwszy przypadki z ostatnich lat operowane w Krakowie, trzeba przyjąć, że osteomalacya jest częstą w Galicyi. Podczas operacyi nie widział przekrwienia jajników i części dodatkowych jak Fehling podaje, tylko zwyrodnienia torbielowate a mikroskop wykazywał zwyrodnienie włókniste. W jednym przypadku bóle po 24 godzinach od operacyi zupełnie ustąpiły. Zapytuje kol. Harajewicza, ażali zauważył jak trudne jest szycie powłok brzusznych bardzo mocno napiętych.

Kol. R y d y g i e r. Aseptyka da się wszędzie przeprowadzić, bo do tego nie potrzeba tak wiele naczyń.

Kastracyę uważa zawsze za operacyę cięższą. Nawięzując do brzmienia protokółu nie uważa sposobu kol. Obalińskiego zostawiania jelit na wierzchu, gdy szew się rozejdzie i jelita wypadną, za metodę dającą się ogólnie zastosować.

Kol. R o s n e r. Nie warto przywięzywać znaczenia do zwyrodnienia torbielowatego jajników, bo takowe znajduje się często i u osób zdrowych, natomiast widział w jednym przypadku w jajniku osoby dotkniętej osteomalacyą zwyrodnienie włókniste. Tkanka włóknista ugniatała w tym przypadku na folikuły, które też były w stadyum zaniku. Jajnik ten przedstawia się pod mikroskopem podobnie jak jajnik osoby starszej, u któ-

rej regularność ustała. Pomimo tych zmian w jajnikach, kobieta ta była bardzo płodna. Przed rokiem ogłosił Olshausen wynik badania drobnowidowego jajnika osoby, dotkniętej rozmiękczeniem kości, w którym znalazł zmiany podobne do wyżej opisanych. Co do zostawienia jelit w ranie, uczyniono to dlatego, że jelito było bardzo zmienione i silnie do brzegów ściany przylepione. Kol. Obaliński uważa to niejako za drenowanie jamy brzusznej i wcale nie twierdził, żeby to była metoda.

Kol. M a r s. Przyglądając się klinice krakowskiej przez lat 20, musi przyznać, że dopiero od czterech tat pojawiają się częściej przypadki osteomalacyi, bo przez 16 lat pierwszych widział zaledwie jeden. To nasuwa na myśl przypuszczenie, ażali rozmiękczenie kości nie jest sprawą pasożytniczą.

Kol. C e r c h a. Już dawniej Zürn, który badał krew zwierząt dotkniętych chorobą, podobną do osteomalacyi a w nowszych czasach Kehrer i Fehling są skłonni do przypuszczenia pasożytniczej natury choroby.

Kol. R y d y g i e r. Może osteomalacya była i dawniej, tylko że publiczność dowiedziawszy się teraz, że jest na nią rada, zgłasza się częściej do kliniki. Do zostawienia jelit można być zmuszonym, ale metodą tego nie można nazwać żadną miarą.

Kol. Ś w i t a l s k i. W danym przypadku mieliśmy do czynienia z częściowem wypadnięciem jelita, którego w żaden sposób nie można było odprowadzić, wobec zaś tego, że brzegi rany były pokryte strzępami nekrotycznemi a powierzchnia jelita była pokryta wydzieliną zapalną uważaliśmy pozostawienie ściany jelita w ranie za rzecz korzystniejszą ze względu na odpływ wydzieliny.

Kol. R o s n e r. Nie uważaliśmy tego za metodę ale tylko za ostateczne *refugium*. Szyliśmy powłoki po pierwszem rozejściu się bardzo dokładnie, w oba głębokie szwy ujęliśmy otrzewną a pomimo to rana powtórnie rozeszła się. Powłoki były dziwnie kruche i dlatego oba szwy przecięły je całkiem.

Kol. R y d y g i e r. To był wyjątkowy przypadek, że powłoki były bardzo kruche i to się czasem zdarza, że jelit odprowadzić nie można, ale w protokóle to wygląda jak metoda.

5) Kol. P r z e w o d n i c z ą c y ogłasza, że przyszłe posiedzenia Towarzystwa będą się odbywały we wtorki.

